

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MAITÊ DO ESPÍRITO SANTO

A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL: importância do debate no Serviço Social

FLORIANÓPOLIS

2015/1

MAITÊ DO ESPÍRITO SANTO

A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL: importância do debate no Serviço Social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Michelly Laurita Wiese.

FLORIANÓPOLIS

2015/1

Maitê do Espírito Santo

A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL: importância do debate no Serviço Social

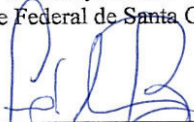
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado (a) adequado (a) para obtenção do Título de Bacharelado em Serviço Social, e aprovado (a) em sua forma final pelo Programa do Centro Socioeconômico da Universidade de Santa Catarina.

Aprovação em: 21 de outubro de 2015

Comissão Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Michelly Laurita Wiese
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Dr.ª Edilane Bertelli
Universidade Federal de Santa Catarina



Ms. Deidvid de Abreu
Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 21 de outubro de 2015.

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico este trabalho a Deus, que me deu forças para não desistir, paciência para desenvolver a cada dia, paz e tranquilidade me mostrando que no final tudo daria certo. Dedico ainda aos meus pais e familiares que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a ir à busca daquilo que eles não tiveram a oportunidade de ter, em todos os momentos me ensinando a dar valor àquilo que eu estava conquistando, estudar numa universidade pública.

Por fim, dedico este trabalho a quem foi o meu primeiro incentivador desde os tempos de ensino médio, me incentivando a ler livros, jornais, assistir reportagens com conteúdos não tão populares e a persistir nos meus objetivos. O incentivo de meu avô foi muito importante, sempre se colocando a disposição para ajudar de diversas formas, seja financeiramente, com materiais para leitura e principalmente com palavras. Obrigada vovô por todos os momentos alegres que desfrutamos juntos e por me ensinar a dar valor aos estudos.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a Michelly Laurita Wiese, que com paciência soube me conduzir em busca de melhores dados para análise desta pesquisa, me incentivando a estudar, ler mais para produzir uma pesquisa de qualidade, acompanhando todas as etapas deste trabalho.

Aos amigos de turma, que nos momentos de maior dificuldade na produção desta pesquisa mandaram forças, em especial, as amigas de curso Michele Vieira e Edna Zanetta.

A todos meus familiares que com boa intenção, me mandaram força, contribuíram muitas vezes até financeiramente para que meu sonho fosse concretizado. Obrigado a todos que acreditaram em mim, principalmente meus pais Carlos Alberto e Vera Lúcia.

Por fim, agradeço a Deus que em todos os momentos esteve comigo, muitas vezes enviando pessoas em seu nome para me incentivar a continuar, me dar força, me passar tranquilidade, e uma dessas pessoas que fez a grande diferença foi o meu namorado Rubian. Passei por momentos difíceis, de insegurança, de impaciência, de sentimentos de não ter capacidade, que por muitas vezes refletiram na produção desta pesquisa, mas o Rubian sempre esteve ali disposto a me ajudar, seja me auxiliando nas questões envolvendo o acesso ao computador e até mesmo só estando comigo para que eu ficasse tranquila para iniciar cada etapa da pesquisa.

Por isso, só tenho a agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente com a realização deste meu sonho e me fizeram amadurecer como pessoa. Muito obrigada.

RESUMO

ESPÍRITO SANTO, Maitê. **A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL: importância do debate no Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Bacharelado em Serviço Social. Centro Socioeconômico. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

O presente Trabalho de Conclusão de curso (TCC) que ora se apresenta é uma pesquisa que tem como tema a medicalização da vida social. É uma pesquisa que se desenvolve através de análises bibliográficas, com base em livros do Serviço Social e outras áreas profissionais, também periódicos eletrônicos e notícias acerca do tema insurgente na modernidade. O objetivo geral da pesquisa é analisar a produção bibliográfica encontrada, referente aquelas que trazem o histórico dos pensamentos em torno do campo da saúde mental, formas de tratamento aos ditos “loucos” e os movimentos que lutaram contra a institucionalização dos sujeitos, enfocando no período que compreende a década de 1970 até 1990, mediante a ofensiva da medicalização da vida em sociedade. Em busca de desvendar e/ou compreender os diversos discursos e práticas assistenciais dirigidas às pessoas em “sofrimento psíquico”, o que motiva o desenvolvimento desta pesquisa faz parte de uma experiência familiar e secundariamente a um anseio enquanto má compreensão da subjetividade humana e do assistente social dentro da própria formação acadêmica. Os resultados obtidos nos ofereceram um panorama dos desafios e avanços da profissão pós reconceituação, da Reforma Psiquiátrica brasileira no cotidiano do trabalho profissional e da vida social das pessoas que mentalmente sofrem.

Palavras chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Serviço Social e Medicalização.

RESUMO

ESPÍRITO SANTO, Maitê. THE MEDICALIZATION OF SOCIAL LIFE: importance of the debate on Social Services. Term paper. Degree course in Social Work. Socioeconomic center. Federal University of Santa Catarina, 2015.

The course Completion of this work (TCC) herein presented is a research whose theme is the medicalization of social life. It is a research that develops through bibliographic analysis, based on the Social Service books and other professional areas, also electronic journals and news about the insurgent theme in modernity. The overall objective of the research is to analyze the bibliographic production found concerning those that bring the history of thoughts around the field of mental health, forms of treatment for so-called "crazy" and movements that fought against the institutionalization of the subject, focusing on the period comprising the 1970s until 1990 by the offensive of the medicalization of society. Seeking to uncover and / or understand the various speeches and care practices relating to people in "psychological distress", which motivates the development of this research is part of a family experience and secondarily to a yearning while poor understanding of human subjectivity and the social worker within the very academic. The results offered us an overview of the challenges and advances in post reconceptualization profession, the Brazilian Psychiatric Reform in the daily professional work and social lives of people who suffer mentally.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Social and medicalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 SAÚDE MENTAL: PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE A LOUCURA E A NORMALIDADE.....	14
2.1. A Loucura.....	19
2.2. A história da Saúde Mental dos Trabalhadores.....	23
3 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL.....	30
3.1 Origens e Trajetórias Sócio-históricas das Práticas Assistenciais no Campo da Saúde Mental.....	33
3.2. Reforma Psiquiátrica e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Realizar uma pesquisa vai ao encontro com a busca por aglomerar informações que são novas para quem realizou a pesquisa, e depois pode ser analisado para que se pudesse construir um novo conhecimento ou olhar sobre algo que já existia.

É um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo (MORESI, 2003, p. 8).

Visando o tema principal, a medicalização da vida social: importância do debate no Serviço Social, o problema de pesquisa aqui se apresenta através da seguinte questão: Para quê medicalizar?. Esta pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é de grande relevância para que se construa um processo de reflexão sobre o tema na formação acadêmica e também na prática profissional, apontando caminhos para futuros estudos mais aprofundados da temática. Outro ponto importante também da pesquisa é trazer à tona as dificuldades encontradas pelo Serviço Social nesse campo, mostrando a importância do debate entre as diversas áreas profissionais envolvidas com as questões que envolvem a saúde mental, dando visibilidade a temática, para que mais estudos possam contribuir para esta discussão e possível superação das dificuldades encontradas.

Com relação a esta pesquisa, a mesma se caracteriza como pesquisa bibliográfica se apoiando no conceito de pesquisa bibliográfica dado por Moresi (2003), que define como sendo um estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, artigos, jornais, periódico eletrônico e revistas, sendo que esta pesquisa analisará as bibliografias encontradas.

Sendo assim, a pesquisa terá seu caráter exploratório mirando bibliografias da área do Serviço Social e outras áreas profissionais como, a própria área médica, psicologia e outras que discutem a temática da saúde mental a partir da década de 1970 até 1990 no Brasil, as bases que influenciaram os discursos e práticas sobre a temática, a medicalização da vida social e os agentes operadores deste processo, a posse do poder do médico, a ação da sociedade na imposição de determinados comportamentos e o que o capitalismo pretende com a ação desses profissionais incluindo o Assistente Social.

No desejo de contribuir com o debate e novas reflexões sobre as questões ligadas a saúde e doença e também nas questões da subjetividade, esta pesquisa traz a memória através da história como se deu a mudança de foco do saber médico, principalmente, do sujeito em sofrimento mental

para ações no cotidiano das pessoas, por meio da introdução de fármacos na busca de encontrar a harmonia e felicidade, ideologia esta pregada por instituições do Estado e difundida pela mídia dominante.

Na intenção de justificar a vontade de pesquisar sobre essa temática, pode-se dizer que o primeiro passo para a realização desta pesquisa foi uma experiência familiar com um membro idoso, que possui sofrimento psíquico e que a todo o momento a sociedade ditava o modo ao qual ela deveria se comportar, ou seja, essa tentativa de enquadrá-la as regras dos sujeitos da sociedade dita “normal” fez suscitar alguns questionamentos em relação ao campo da saúde mental.

O segundo motivador foi o contato direto com a disciplina de Psicologia, em que o ministrante possuía uma bagagem profissional dentro de um aparelho do Estado, denominado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e, por fim, outro contato que se deu de forma a complementar a graduação foi à disciplina optativa de Serviço Social e Saúde Mental, onde fizemos um resgate histórico sobre as instituições de internação como, por exemplo, as colônias, os manicômios e como foi se dando o processo de medicalização da vida social dos sujeitos após a contestação desses modelos de tratamento.

Neste sentido, o objetivo geral desta pesquisa, é analisar a produção bibliográfica encontrada, referente àquelas que trazem o histórico dos pensamentos em torno do campo da saúde mental, formas de tratamento aos ditos “loucos” e os movimentos que lutaram contra a institucionalização dos sujeitos, enfocando no período que compreende a década de 1970 até 1990, mediante a ofensiva da medicalização da vida em sociedade.

Desmembrando este objetivo maior, chega-se aos objetivos específicos, que estão ligados na identificação e análise das bibliografias do campo da saúde mental, análise também dos discursos e/ou práticas e também os movimentos que contestam os processos de medicalização social. Por fim, objetivando analisar como foi se caracterizando as respostas dadas a essas problemáticas colocadas no campo da saúde mental, onde o assistente social também está inserido.

Por se evidenciar como uma pesquisa bibliográfica, buscamos apresentar nesta pesquisa uma gama de autores, mas, principalmente aqueles que são considerados de referência no campo da saúde mental. Por isso enfocaremos em três autores, são eles: Amarante (1998 e 2011) que traz as questões de identificação de “normal” e “anormal”; Dejours (1992) que mostra que as condições no ambiente de trabalho influenciam na saúde mental do trabalhador, por isso, muitos sofrimentos psíquicos já estão sendo associadas ao trabalho e sendo reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Por

fim, destacaremos Vasconcelos (2000) que aponta a fragilidade que vai desde a formação acadêmica até a prática profissional do assistente social, o entendimento e o saber lidar com a subjetividade e o sofrimento do outro.

Com base nisto, inicialmente na segunda seção traremos a dificuldade em se conceituar saúde mental, tanto para a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto para muitos estudiosos do campo da saúde, inclusive mostraremos que há sim relação entre sofrimento psíquico e o meio laborativo do sujeito. Essa indeterminação no conceito de saúde mental acaba acarretando na concentração de determinar o que é e o que não é questão de saúde na mão dos médicos, aqueles que são considerados únicos seres capazes de curar e salvar o ser humano de todos os males.

Na segunda seção ainda discutiremos os diversos olhares, discursos e também as práticas assistenciais e “políticas” como respostas a problemática colocada: os processos de medicalização da vida social. Para uma melhor análise, recortaremos historicamente os períodos que trabalharemos, compreendendo entre as décadas 1970 e 1990, porém para a compreensão da temática teremos que retornar a algumas décadas anteriores, o que torna a tarefa desafiadora.

Para além do conceito não definido do que seja saúde mental, traremos também a loucura como primeiro comportamento que foi incidido um olhar de controle, ao qual loucura eram todos aqueles comportamentos ditos “bizarros”, “aberrantes”, “anormais”, isto é, fora do padrão estabelecido pela sociedade. O determinante para ser chamado de “louco” era fugir da norma social, por exemplo, em relação a atividade laborativa das pessoas, a repetição nas atividades desenvolvidas numa empresa, o cansaço, ambiente muitas vezes insalubre, relação hierárquica ao extremo, mal remuneração e longas jornadas de trabalho, podem ao longo do tempo gerar insatisfação no trabalhador, que conseqüentemente terá sua saúde mental afetada.

Ao demonstrar insatisfação, angústia, o trabalhador desejava não mais ser submetido a mesma lógica, então, acabava buscando alternativas para fora daquele ambiente ou até mesmo abandonava por tempo indeterminado sua condição de trabalhador, ou seja, ao sair dessa condição, foge-se da lógica da sociedade dos “normais”.

Hoje o Ministério da Saúde já reconhece diversas doenças e sofrimentos psíquicos relacionados ao trabalho dos sujeitos, esse reconhecimento aponta para aquilo que o Serviço Social tenta mostrar, saúde e doença são determinadas socialmente, não é simplesmente aquilo que alguns médicos e outros profissionais superficialmente acreditam, no entanto, a grande maioria dos médicos já optam por trabalhar a partir das determinações sociais, mas os que optam pelo contrário,

ou seja, dizem que as questões ligadas a saúde e doença são em si doenças, não consideram o meio, as relações sociais, o modo de vida das pessoas como influências em sua saúde mental.

Na sociedade contemporânea o que está em cartaz é a busca pela felicidade, ou seja, as pessoas buscam ser felizes a qualquer custo mesmo sem terem as condições materiais básicas necessárias, como saúde, educação, lazer, trabalho, transporte e etc. As questões ligadas ao emocional ou ao subjetivo do sujeito foram deixadas de lado, pois a sociedade está em constante movimento, produzindo e acumulando, ou seja, não dá tempo de parar e ficar pensando em questões subjetivas, pois como diz a expressão popular “tempo é dinheiro”.

Com isso, procuraremos mostrar que a busca incansável por produzir e acumular capital, não é uma busca de todos, isto é, os que não querem se submeter a esse sistema capitalista avassalador e perverso são estigmatizados ou rotulados de “loucos” e tem sua subjetividade esvaziada. Os critérios aos quais se usa para caracterizar um “normal” de um “anormal” varia de cultura para cultura, sendo assim, as respostas dadas as questões de saúde e doença são determinadas de acordo com cada contexto histórico, social e político de certo lugar.

Atualmente lança-se um critério de normalidade sobre certo comportamento, e a partir daí ocorre à medicalização do mesmo, ou seja, não se busca mais agir sobre o que se considera “louco”, mas sim controlar os corpos dos sujeitos “desgovernados”, no entanto, diversos campos sofrem o controle, por exemplo, campos como a lei, religião e etc. Estão sendo transferidos para o campo médico culminando no que chamamos de medicalização da vida social, que se intensifica após os movimentos no campo da saúde mental, como por exemplo, a Reforma Psiquiátrica.

Já na terceira seção passaremos a falar das tentativas de reforma no campo da saúde mental, que inicialmente queriam a transformação do espaço físico manicomial, entretanto, não tocavam na questão mais importante, a exclusão do dito “louco” e também no partilhar do poder concentrado nas mãos dos médicos. Visto essas questões, surgem os movimentos no campo da saúde mental para que esse panorama pudesse ser transformado, almejando um tratamento mais humanizado, menos excludente e autoritário as pessoas em sofrimento psíquico.

No decorrer desse processo de medicalização dos indivíduos e agora da vida social, precisa-se de agentes especializados que possam materializar esse processo, onde encontramos também o Assistente Social que aparece primeiramente para enquadramento dos sujeitos as normas sociais e depois como profissionais inseridos em uma equipe multiprofissional.

Adentrando nas considerações finais, apontaremos as dificuldades encontradas em relação à temática da subjetividade, esta sofreu certo empobrecimento em produção teórica no campo do Serviço Social, isto porque a profissão passou pelo processo de reconceituação, que significou uma revisão de suas bases teóricas e algumas metodologias, por se tratar de um tema de extrema complexidade essa questão do subjetivo e/ou emocional acabou sofrendo um recalçamento. Com todo esse processo, os assistentes sociais se viam de mãos amarradas e acabavam muitas vezes sendo submetidos ao saber do médico (psiquiatra).

Neste sentido esta pesquisa apresenta-se no sentido de trazer elementos para reflexão e que contribua para a revisão de discursos e ações, que ocorrem corriqueiramente na prática profissional do Assistente Social e de todo a interdisciplinaridade de profissões que o trabalho em saúde mental requer.

2 SAÚDE MENTAL: PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE A LOUCURA E A NORMALIDADE

O que se pretende com esta primeira sessão é problematizar sobre o objeto “saúde mental”, a fim de possibilitar à discussão do tema em uma perspectiva mais crítica, pois o que se percebe é uma defasagem ou um conceito não tão bem definido sobre o que é saúde mental, principalmente pelo fato de que privilegia-se a doença e não uma forma mais dialética sobre a saúde do ser. Mostrando também a loucura como o primeiro comportamento dito “aberrante” que foi tratada, e, por fim, observar como essa loucura se manifesta no ambiente de trabalho dos sujeitos.

A saúde mental é uma área de conhecimento muito vasta e extremamente complexa, pois ela não pode ser baseada em um único tipo de conhecimento e muito menos ser exercida por um único tipo de profissional, devido a sua alta complexidade para entender o sujeito como um todo.

É de se perder a conta de quantas vezes questionamos um profissional que trabalha na saúde mental e ficarmos sem resposta ou sem entender o porquê, do que realmente se trata a saúde mental e o que se faz nesse campo para não se reduzir a simples ação de estudar e tratar as doenças mentais, porque na verdade no imaginário coletivo trabalhar na saúde mental sempre significou trabalhar em hospitais, manicômios e colônias.

Algo que os especialistas que estudam o termo saúde mental têm admitido e que mostra o ponto de convergência entre eles é que, o conceito de Saúde Mental ainda não possui definição. O que encontramos em dicionários da língua portuguesa é a definição de saúde num campo mais amplo, sendo “Saúde 1. Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais estão em condições normais. 2. Força, robustez [...] (XIMENES, 2000, p. 844) esse conceito abrangente de saúde, pode nortear a formulação da definição do que seja saúde mental, pois dizer que saúde mental é ser acometido por doenças é simples, no entanto, como a própria definição de saúde coletiva diz, saúde é muito mais do que a ausência de doenças ou até mesmo transtornos mentais.

Ao falarmos em saúde com foco na saúde mental, sempre se corre o risco de fazer uma ligação a algo visto como negativo, ou seja, um transtorno mental, distúrbio, desordem, doença e outras definições podem ser ditas. Essa noção de doença mental surge a partir do momento que a psiquiatria, ou seja, o poder médico se apodera das experiências de loucura e a define como algo nosológico/patológico, isto é, uma doença que precisa ser combatida e tratada e o sujeito acometido pela doença precisa ser protegido por receber a taxação de “incapaz”. Na verdade o que se quer é a proteção da sociedade dita “normal”, por isso, encarcera-se o dito “louco”.

O que levou o homem a buscar respostas na medicina em relação à saúde e doença, foi a simples necessidade, afirma Rosen (1980), de que os ditos “doentes” pudessem gozar dos mesmos privilégios que os “saudáveis”, apesar de que cada sociedade seja ela primitiva ou superdesenvolvida é responsável por dar suas próprias respostas as questões de saúde e doença.

Segundo Baroni, Vargas e Caponi (2010) a palavra doença é originária do latim *dolentia*, referindo-se a ações de sentir, afligir-se, causar dor, significando que a doença apresenta-se como uma experiência mais particular do que coletiva, tendo a percepção de que a “doença” pode melhor ser analisada por quem a experimenta do que por quem a descreve através de um saber instituído. Sabendo que as sensações são adquiridas e guardadas com o tempo dentro do sujeito, pode-se obter através do estudo da saúde e doença uma ampliação para enxergar a sociedade e compreender o próprio indivíduo, pois as sensações que o mesmo sente refletem muitas vezes um estado do todo, do grupo em que convive.

Segundo Rosen (1980), a OMS em 1948 traz uma nova definição de saúde que ganha amplitude, considerando a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e não apenas a ausência de doenças. Porém ainda há uma enorme dificuldade em determinar o que é realmente esse estado de completo bem-estar, ou de refletir será que existe em algum lugar do mundo um sujeito em “estado de completo bem-estar”?

Por isso, recorrentemente surge a seguinte questão: será que a saúde e doença são fenômenos sociais? A saúde e doença são influenciadas socialmente, isto é, algumas doenças, acidentes, podem refletir a forma que vivemos e o que fazemos no mundo e com o mundo, por exemplo, o uso de cosméticos, modas, alimentação, trabalho e outros fatores podem influenciar o aparecimento de doenças.

A partir do momento que as relações sociais dos sujeitos são afetadas pelo acometimento de doenças, as questões ligadas à saúde apresentam-se como sendo um fenômeno social. Torna-se de suma importância lembrar que todas as pessoas podem apresentar sinais de sofrimento psíquico e/ou mental em alguma fase da vida, sem possuir apenas um fator específico. Normalmente quando se pensa na saúde dos sujeitos, o saber que impera é o médico, entretanto, existem outras especialidades envolvidas nesse processo, como os psicólogos, os psiquiatras e também os assistentes sociais, porém o que se percebe através da história do povo do ocidente esse saber médico acaba guiando as ações que podem ser identificadas como ações de controle sobre os corpos, como sendo uma das respostas aos problemas de saúde e doença.

A medicina acabou tendo seu discurso sobre as questões que envolvem as doenças legitimado com o passar do tempo, sendo assim, outros e/ou novos discursos de leigos e até mesmo de médicos que buscavam dar respostas a essas questões tornaram-se ilegais ou marginalizados. Até mesmo o acesso à atenção médica encontra-se determinado socialmente, pois em muitos bairros, municípios, estados ou nações inteiras os fatores socioeconômicos, climáticos, ambiental, meio de trabalho e etc., podem ser determinantes para o entendimento da “saúde mental”.

Quando se fala em acesso ou cuidados médicos, também se pode perceber que esses cuidados são oferecidos de acordo com as divisões de classe ou a estrutura em que a sociedade está mantida, onde os membros das classes mais altas não eram vistos como as pessoas de classe baixa em suas doenças, uma maneira de perceber essa forma de cuidados diferenciados era visto na forma de denominar as doenças, ou seja, a doença dos indivíduos pobres era uma e a outra a dos indivíduos ricos, porém a mesma doença atingia a todos, por exemplo, a gota.¹ ROSEN (1980) exemplifica essa questão, dizendo que

A relação entre a posição social e o estado de saúde e suas consequências também foi ilustrada em 1677 por Sir William Temple em seu ensaio sobre a gota¹. Observando que a doença normalmente atingia o rico, o ocioso e aqueles que viviam bem, assinalou também que o pobre e aqueles que precisavam trabalhar para viver não estavam imunes à doença. Quando os trabalhadores são atacados pela gota, eles ou não se importam por não terem tempo para ficarem doentes; ou pouco ligam, não se afetam ou labutam e trabalham como faziam antes [...] (ROSEN, 1980, p.56).

Toda sociedade vai definir as formas de comportamento como sendo normal ou anormal, a linha que divide essas duas classificações nem sempre é fácil de ser estabelecida. Uma comunidade ou um grupo social avaliará ou definirá esses comportamentos, através do contato cotidiano com alguma concepção estabelecida culturalmente do que é ou não normal. Essa avaliação acaba dependendo de alguns fatores como: estilo e coerência do comportamento, motivação, adaptação à realidade (ROSEN, 1980).

¹. Gota é uma doença caracterizada pela elevação de ácido úrico no sangue, o que leva a um depósito de cristais de monourato de sódio nas articulações. É este depósito que gera os surtos de artrite aguda secundária que tanto incomodam seus portadores. Tratamento: Não há cura definitiva para a gota, já que a maioria dos casos acontece devido a falhas na eliminação ou na produção do ácido úrico. Como ambas as causas são genéticas, o tratamento não é definitivo. Geralmente são indicados dieta e medicamentos para diminuir a taxa de ácido úrico no sangue e, consequentemente, evitar as crises de gota. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/letras/g/gota/> Acesso em: 20/03/15.

Neste sentido, pode-se destacar que “[...] a maioria dos homens não chama de “louco” aquele que se engana em assuntos que não são do conhecimento das pessoas comuns; loucura é o nome que dão aos erros em assuntos que são de conhecimento comum [...]” (SÓCRATES apud ROSEN, 1980, p. 52).

Definir normal de anormal pode variar de cultura para cultura, época para época, isto é, dependerá dos critérios adotados por certo grupo ou comunidade, por exemplo, os hippies, os vegetarianos, os homossexuais, são atitudes adotadas por um número de pessoas que em determinada época foi permissivo e nos dias atuais podem não ser mais tão bem-aceitos e vice e versa.

O que se percebe é que com o passar do tempo as pessoas criam sensibilidades diferentes, ou seja, suas formas de pensar, de agir, de sentir e se relacionar com os outros têm variado, no entanto, não se pode esquecer ou descolar as pessoas das instituições das quais elas participam, sendo elas (instituições de ensino, hospitais, instituições privadas ou públicas, etc) levando em conta que é uma relação complexa, onde somos obrigados a saber separar o que é público do que é privado (âmbito familiar, pessoal).

Vale destacar também que é nesse âmbito público das instituições que surgem as ideias, os pensamentos, as realizações, os anseios, as vontades e que tendem a acontecer as frustrações, o não saber lidar com esses âmbitos fomenta a criação de determinados comportamentos ditos “certos normais” ou “errados anormais”.

Segundo Rosen (1980) apesar de o autor datar de mais de 20 anos atrás, seu conteúdo continua atualizado, nossa época atual pode ser chamada de “idade da ansiedade” com o objetivo de mostrar a insegurança psicológica, moral e social do mundo de hoje, onde muitas pessoas não se sentem capazes de acompanhar essas formas aceleradas de mudanças, principalmente tecnológica, nem tampouco compreender o que todas essas mudanças significam e de que forma elas influenciam suas vidas.

Os períodos assim caracterizados são aqueles em que a consciência de muitos e ainda mais seu inconsciente são assediados em graus variados pelo medo e pela preocupação, pela solidão e pela apatia e também pela frustração, ressentimento e agressão. Estes são períodos em que muitos se consideram capturados em um mundo de que, acima de qualquer coisa, desejam escapar, seja pela destruição da velha ordem e criação de um mundo novo e melhor, seja pela retirada para um mundo interior ou transcendental compensatório (ROSEN, 1980, p.65).

Muitas vezes o que se vê é que os anseios e os próprios impulsos dos sujeitos quando não bem-sucedidos começam a ser vistos como sendo questões patológicas, ou seja, transtorno, algo a ser tratado. A própria sociedade cria sujeitos ansiosos, nervosos, descontentes, muitos chegam até o limite de sua sanidade mental e conseguem se manter bem, no entanto, existem outros que acabam perdendo o controle e caem na “falta” de razão.

Para compreender essa divisão entre “normal” e “anormal” é preciso entender o meio em que os sujeitos estão vivendo, as relações que perpassam suas vidas, buscando compreender que a realidade é mutável. Esses “transtornos de personalidade” exibem reações ditas inapropriadas, mal adaptadas e deficientes, frente ao sistema social vigente ao qual o indivíduo vive.

De maneira geral, os indivíduos chamados ou reconhecidos com “transtorno de personalidade”, são vistos como pessoas problemáticas e com dificuldade no relacionamento interpessoal e adaptação ao meio social em que está inserido no momento, sendo assim, acabam “desafiando” os comportamentos aceitos pela sociedade dos “normais” ou cultura local, comunitária.

Segundo Mitjavila e Mathes (2012) esses “transtornos mentais” são definidos como um conjunto de sintomas ou comportamentos associado, na maioria dos casos, a ocorrência do sofrimento e interferência nas funções pessoais. Atualmente essa expressão “transtorno de personalidade antissocial” ou outras expressões equivalentes (psicopatia, sociopatia e outros), costumeiramente é definido ou associado a uma forma de desrespeitar ou violar os direitos alheios, que vem a se manifestar na infância, adolescência e pode continuar na idade adulta.

Estes transtornos incluem grande variedade de condições e de padrões de comportamento importantes para a clínica e são considerados perturbações caracterológicas e comportamentais, que se manifestam desde a infância e a adolescência. Com frequência estão associados ao desempenho pessoal e ao relacionamento interpessoal mais amplo, que se traduzem por comportamentos inadequados, tais quais: litígio, desemprego, comportamento violento, acidentes, uso de drogas, suicídio, homicídio, dentre outras condutas que podem ser delituosas (MITJAVILA e MATHES apud MORANA, 2008, p. 27).

Em resumo, os indivíduos que são “diagnosticados” como portadores de algum transtorno mental, costumam entrar nas estatísticas de pessoas desafiantes, ou seja, que a todo o momento desafiam a ordem do tecido social e das normas vigentes na sociedade. Sendo assim, são transformados em “anormais”, abrindo brecha para que a psiquiatria sozinha possa definir de acordo com seus próprios critérios o que é um desvio e também os comportamentos que merecem uma intervenção médico e/ou psiquiátrica.

Portanto aquilo que fugia da norma instituída era considerado “louco”, por isso, como afirma Mitjavila e Mathes (2008) o primeiro comportamento que recebeu intervenção por parte dos profissionais da área médica foi o que ficou conhecido como “loucura”.

2.1. A Loucura

O primeiro comportamento chamado “aberrante” foi à loucura (delírios, alucinações) e que sofreu também intervenção pela área médica e/ou profissional da psiquiatria, que acabou ampliando seu espaço de trabalho para além da loucura, ou seja, age-se em comportamentos ditos “desviantes” e não somente sobre a loucura.

Baroni, Vargas e Caponi (2010) acreditam que só ocorrerá a medicalização dos comportamentos quando sobre o mesmo for lançado algum critério de normalidade, por exemplo, áreas como a religião, a lei, são áreas que a medicina tem buscado ocupar, caracterizando-se numa medicalização da vida social.

Esses processos de medicalização da vida social apoiada na autoridade, força e saber médico, vêm a desqualificar o sofrimento do homem, aumentando o campo de atuação do médico e sua autonomia perante as decisões sobre o comportamento humano. De acordo (AGUIAR, 2004 Apud MITJAVILA e MATHES, 2012) o conceito de medicalização designa uma ampliação do campo médico para outros domínios, ocupando-se de problemas de ordem espiritual, legal e moral, assumindo o papel de regulador social.

Nesse processo, as questões de saúde e doença são discutidas e tratadas com fármacos, tudo isso com a função de normalização ou controle social dos sujeitos, pois quando se tem a falta ou enfraquecimento de instituições que garantam os direitos através de políticas sociais do Estado, teoricamente garantindo a proteção dos sujeitos, o saber médico apropria-se dessa autoridade do Estado para tentar governar os “desgovernados”.

O declínio do papel regulador de mecanismos institucionais localizados nas esferas do estado e da comunidade, que teoricamente garantiam a proteção dos indivíduos e seus direitos, mas também da sociedade com relação aos indivíduos ameaçadores, conduz a imposição aos indivíduos do autocontrole comportamental (BECK, 1997 apud MITJAVILA e MATHES, 2012, p. 91).

Muitas vezes a psiquiatria intervém em algo ou alguém em nome do que possa acontecer no futuro, isto é, imagina-se que a não intervenção feita no momento poderá acarretar em algum problema ou disfunção no sujeito do futuro, perturbando a ordem social.

Sabe-se que essa intervenção acaba sendo uma pura e simples estratégia de controle social sobre a população, principalmente aquela considerada mais pobre.

Sob essas condições, o saber médico aparece, mais uma vez como o recurso socialmente mais eficiente para o governo dos indivíduos desgovernados, transgressores, imorais, cruéis, assassinos, enfim, “antissociais”. Da mesma forma que a psiquiatria foi convocada para dar respostas à criminalidade no século XIX, é hoje novamente mandatada para arbitrar o destino social daqueles indivíduos incapazes de se autogovernar (MITJAVILA e MATHES, 2012, p. 91-92).

A necessidade de encontrar explicações para o mau funcionamento da sociedade, escapando das responsabilidades e estigmatizando grupos socialmente mais vulneráveis, diz Costa (1976) faz parte da estratégia das elites políticas e econômicas de todo o mundo, pois tudo que é considerado divergente pelas elites dominantes acaba sendo considerado um desvio, fora da razão, antissocial, isto é, algo a ser exterminado e/ou excluído.

A loucura já foi “razão”, assim como “não razão”. Existiu tempo em que a loucura fez parte do cenário público e também do linguajar das pessoas. Aparecia como formuladora do seu próprio discurso e era aceita por aqueles que conviviam com os ditos “loucos”, pois a construção de que a loucura é uma “doença mental” foi criada recentemente.

O fenômeno singular conhecido como loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades, inclusive em sociedades identificadas como primitivas. Foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais. Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava nos diferentes contextos (BISNETO, 2009, p. 173).

Bisneto ainda acredita que com a conversão através do saber médico da loucura como um comportamento “aberrante”, tem-se respostas sociopolíticas ao “problema” da loucura ou que as elites dominadoras propuseram para que a ordem social e política fossem mantidas, sendo assim, instituiu-se a ordem manicomial (manicômios) aproximadamente no século XVIII.

De acordo com Thomas Szasz (1994) os manicômios têm sua origem ligada aos interesses privados, sejam eles por parte da família que buscavam alívio para o próprio sofrimento causado pelo “mau” comportamento do seu parente, impulsionando o desejo familiar de escondê-lo, até mesmo usando da infantilização do parente para que a comprovação de insanidade e o recolhimento do mesmo pudessem ser feitos. Outro interessado eram os próprios proprietários dos asilos,

instalações, manicômios, que perceberam nesses locais uma crescente indústria ou “negócio da loucura”, em parceria com os intelectuais políticos.

Quando a loucura começou a gerar lucro para os donos dos estabelecimentos institucionais, os indivíduos encarcerados pelos manicômios que mais contribuíam para isso eram pertencentes das classes mais altas da sociedade, e que representavam problemas para suas famílias. O encarceramento se dava de uma forma com que pudesse parecer que o sujeito estaria mais bem cuidado em um lar substituto do que propriamente no seio familiar, o que representava um gasto a mais no orçamento, porém, um livramento de um “problema”.

Os manicômios eram respostas aos comportamentos “aberrantes”, baseando-se na coerção e no aprisionamento dos internos, envolvendo a privação de direitos alegando legitimidade para proteger e/ou cuidar do mesmo, inclusive com o recorrente uso da violência e a privação de liberdade.

O nosso comportamento é influenciado por todas as partes do nosso corpo, se estivermos com artrose no joelho influenciará na nossa locomoção, se estivermos com dor de cabeça influenciará no nosso humor, se estivermos com miopia influenciará em nossa visão, todas as partes estão interligadas. O órgão de maior controle sobre nós é o cérebro, se ele estiver afetado nosso comportamento também sofrerá as consequências, sabendo que cada comportamento está ligado a um por quê, faz parte dos eventos da vida cotidiana e de sua adaptação a eles. Rotineiramente o mau comportamento é categorizado como doença, para que o verdadeiro estopim do mesmo permaneça isento de sua responsabilidade.

Apesar dos pacientes encaminhados para os manicômios serem considerados loucos, a grande maioria deles não tinha diagnóstico de doença mental. Sendo assim, o interior dos manicômios abrigava: homossexuais, meninas que haviam perdido a virgindade antes do casamento, mendigos, andarilhos, mulheres “rebeldes” mandadas por seus próprios maridos, militantes políticos, filhos desobedientes e outros. “Uma vez que... existem asilos de insanos, deve haver alguém pra ocupá-los. Se não é você – então, eu; se não eu – então, uma terceira pessoa” (CHEKHOV, 1892 apud SZASZ, 1994, p. 161). A psiquiatria dominava o sujeito dito “louco” encarcerando-o, mas alegando que se tratava de uma hospitalização, entretanto nos dias atuais esse encarceramento ou aprisionamento ainda ocorre, entretanto, sua forma de apresentação se dá através do uso de drogas psiquiátricas (fármacos) e/ou dos novos dispositivos de internação, por exemplo, as comunidades terapêuticas, que na verdade se reinventaram.

O espaço do manicômio é estruturalmente isolado, ao invés do guarda ou carcereiro como existem nas prisões é a figura do enfermeiro, possui também um baixo número de médicos que muitas vezes dormem na instituição, mas não tem contato com os internos (loucos) só em casos de desordens no ambiente. As informações referentes ao interno e seu tratamento, quase sempre era desconhecido por parte do interno, família e até mesmo pelos enfermeiros, pois a estrutura hierárquica nos manicômios era fixada e as informações dominadas pelo saber dos médicos.

Os hospitais psiquiátricos e/ou manicômios além de funcionarem como abrigo para o poder/saber médico, servia também como um meio de captar recursos para eleições.

Nos períodos que antecedem às eleições, políticos e cabos eleitorais do interior processam uma verdadeira erradicação do patológico e do desvio em seus redutos eleitorais. Assim, deficientes mentais, escleróticos, loucos, desordeiros, indigentes, entre outros, vão aportar nos hospitais psiquiátricos públicos a fim de que, saneados o lar e a cidade, a cotação eleitoral dos políticos e candidatos possa elevar-se [...] uma assistente social informa, por sua vez, que existe muito cartãozinho de deputados pedindo para manter o doente aqui dentro. Véspera de eleição, os perseguidos políticos param tudo aqui dentro. Vem o deputado fulano de tal, está querendo voto em tal lugar assim, assim; então lá tem um doido que incomoda, o pessoal pede a ele para arranjar internamento. E ele manda um bilhetinho, porque se conseguir tirar aquele cara de lá, quantos votos não vai arrumar? [...] nós temos que internar, ainda que seja para ficar 24 horas no hospital [...] (MOREIRA, 1983, p. 99-100).

A loucura tornou-se um negócio rentável, ou seja, geradora de lucro (dinheiro), porque não necessariamente é preciso o uso de algum tipo de material para se realizar, isto é, basicamente precisa-se de: comida, cama, e uma medicação que não é administrada individualmente, mas seu uso se dá de forma padronizada e utiliza-se o mínimo possível de recursos humanos para desenvolver um trabalho com o interno.

Provavelmente todos os envolvidos nesse processo de internação dos ditos “loucos” e/ou medicalização da loucura, tenham saído com vantagens: menos o “louco”, que só sofreu violência, negligência, segregação do meio social, familiar e teve sua subjetividade esquecida.

As relações sociais são permeadas por violência, e essas relações definem a contradição entre capital e o trabalho. Essa violência se dá de forma constante, perversa e excludente de participação política, pois gera indivíduos alienados.

De acordo com Laing (1974 apud GONÇALVES, 1983) a violência é silenciosa e silenciadora da nossa sociedade que é autoritária, produtora de homens distantes de si mesmos e da realidade interna e/ou subjetiva de cada indivíduo e valorizadora do homem “normal”, tudo isso resultado de uma determinada formação histórica, econômica e social. Homens que não se

reconhecem enquanto sujeitos e que a todo o momento se vem em fuga dessa realidade imposta a eles.

[...] homens normais mataram talvez 100.000.000 de seus semelhantes normais nos últimos cinquenta anos. A violência da vida diária, a violência do salário-mínimo, a violência da precariedade das condições de existência (subsistência) possibilitadas a tantos seres humanos, a violência de uma formação econômica e social excludente, que restringe (quando não impede) formas até mesmo mínimas de participação política em sua ampla gama de significados — será possível verificar a extensão da destruição imposta a seres humanos por esse somatório de fatores? [...] (LAING, 1974 apud GONÇALVES, 1983, p. 61).

Ao perdermos nossa experiência e vivência cotidiana, o nosso comportamento será apagado, fazendo com que o próprio sujeito perca seu sentido, fomentando o processo de produção (produzida pelo meio social em que se vive) da doença mental.

Se o sofrer da mente não se caracteriza em sua essência por ser uma doença, outros saberes para além da psiquiatria podem se apropriar da discussão da loucura ou dar contribuição do seu saber para essa questão, reconhecendo seu contexto histórico. Ou seja, o nosso eu se constrói com base na família, relações sociais, instituições sociais, trabalho e outras. Todos esses componentes do eu, são responsáveis pela produção dos fenômenos psíquicos e os processos mentais dos indivíduos.

Neste sentido, em que a construção do sujeito seja em sua “normalidade” ou na sua “loucura” é um processo social e histórico é relevante destacar que uma das maiores formas de adoecimento da vida moderna, se dá em função do ambiente de trabalho e as formas que são desenvolvidas as atividades laborativas cotidianas.

2.2. A história da Saúde Mental dos Trabalhadores

O período de desenvolvimento do capitalismo industrial se mostrou através do crescimento e concentração da população urbana, crescimento da produção e o êxodo rural, a duração do trabalho atingia de 12 a 16 horas diárias e até mesmo as crianças trabalhavam nessas condições. Os salários eram extremamente baixos, por isso as pessoas não conseguiam suprir ao menos o necessário para a sua subsistência e suas moradias encontravam-se de forma insalubre (DEJOURS, 1992).

As exigências que se tinham no ambiente de trabalho eram sub-humanas, por isso torna-se quase impossível falar de saúde nessa época, pois não possuíam nem para sua própria subsistência, era uma luta para sobreviver, ou seja, o importante seria não morrer.

Devido a todas essas más condições em que se encontrava a classe trabalhadora e o perigo do seu aumento, inclusive o medo de que os mesmos começassem a demonstrar descontentamento no trabalho, surge o movimento higienista, com o intuito de manter a ordem e preservar a saúde dos mais abastados.

Sendo assim, o objetivo principal do movimento higienista, era responder socialmente ao perigo do aumento da classe operária e preservar a saúde das classes mais privilegiadas da sociedade, ganhando terreno e começando a agir diretamente na ordem moral. Neste sentido, “[...] ele deve esclarecer o moralista, e concorrer para a nobre tarefa de diminuir o número de enfermidades sociais. As faltas e os crimes são as doenças da sociedade, que é preciso trabalhar para curar ou, pelo menos diminuir [...]” (DEJOURS, 1992, p. 15).

O movimento higienista foi criado pela psiquiatria, com o intuito de buscar um melhoramento e/ou pureza da raça humana, buscando aperfeiçoá-la para que somente os indivíduos mais fortes sobrevivessem e transformassem o Brasil em um país forte. A partir do momento em que a preocupação do higienismo não gira em torno somente da saúde dos trabalhadores, essa preocupação recai sobre a ordem moral e social das classes operárias.

Nessa tentativa de neutralizar as classes trabalhadoras, a burguesia perde a sua autoridade, sendo assim a única saída foi recorrer aos especialistas e cientistas mais respeitáveis e “neutros”, que possuíam o papel de estudar o que estava acontecendo e depois propor uma solução que restabelecesse a ordem moral, social e familiar. Neste momento os trabalhadores começam a se organizar para impedir essa intromissão dos ditos especialistas em suas vidas e organizam diversos movimentos contra as condições de trabalho e vida.

Dejours (1992) acredita que com o advento do sistema taylorismo que se mostrava uma nova tecnologia de submissão, corpo disciplinado, pressão psicológica, paternalismo, trabalho organizado, repetitivo, tempo e ritmo de trabalho cronometrado e vigiado, separação do trabalho intelectual do braçal, tudo isso fez com que a saúde mental dos trabalhadores sofresse um impacto significativo.

O possuir uma posição no mundo do trabalho pode representar um marco para a edificação da vida adulta, constituição de uma rede de relações sociais, para o seu próprio reconhecimento como sujeito, como um ser capaz de realizar algo. Muitas vezes, a saúde do corpo físico e a saúde psíquica dependerão do trabalho do sujeito, e essas diversas categorias de trabalhadores são descritos no manual de saúde do trabalhador.

[...] trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporários ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2001, p. 17).

O trabalho e não trabalho passou a estabelecer os limites entre normal e anormal, passando a ter um valor “o trabalho enobrece o homem”. Isto é, quando o sujeito não consegue se inserir ou não consegue permanecer no mercado de trabalho, sem entrar em detalhes do porque da não inserção e da não permanência, ele acaba se enquadrando na categoria de ocioso, inadaptados a nova ordem, “antissociais”, vadios.

O trabalho pode ser visto através de dois olhares, como: causador da infelicidade, produzindo alienação do trabalhador e “doença mental”, possuindo ligação com o momento em que o trabalhador está vivenciando em sua realidade, entretanto, pode proporcionar uma autorrealização, muita saúde e felicidade.

A ansiedade é uma das formas demonstradas pelos trabalhadores como alerta de que nem tudo está bem, atingindo principalmente as relações afetivas com os familiares, o que por vezes recorria-se a bebida alcoólica, medicamentos controlados para o sono ou ansiedade, para descarregar a pressão sentida. Outra forma é o sentimento de perda da sua própria personalidade, imaginação estagnada e a não fuga no dia a dia da rotina de trabalho.

Na visão de Dejours (1992) a exploração do trabalho não somente atinge o corpo físico, mas atinge também a sua mente que com o passar do tempo torna-se domesticada, adestrada para que num determinado período da vida do trabalhador essas possíveis forças de resistência sejam anuladas, deixando-o sem o desejo de resistir às mudanças do mundo moderno.

A luta que antes era por meios de subsistência e por condições de sobrevivência, agora passa a ser a luta pela saúde da mente e principalmente do corpo, pois a ansiedade e o tédio no trabalho ou na realização das tarefas rotineiras já estão em um nível altíssimo. O que se constatou é que até mesmo o tempo que o trabalhador possuía de descanso ou fora do ambiente de trabalho, já não era mais bem utilizado, sejam eles por questões financeiras ou por estarem ainda hipnotizados com a rotina da semana que findou.

O período fora do trabalho torna-se não livre, porque a rotina cotidiana não consegue ser apagada da memória do trabalhador, com isso o que se vê são atividades do ambiente familiar como, limpar o chão, lavar a louça, tirar um cochilo e outras, todas essas atividades estão sendo marcadas no relógio e muitas vezes são feitas às pressas, essa atitude acaba sendo involuntária, mas, muitas vezes percebidas pelos próprios trabalhadores que acreditam que assim não sairão do ritmo diário. Sendo assim, esse sistema de trabalho (taylorismo) implantado, faz com que o próprio assalariado construa seu sofrimento e o administre, por se revelar um sofrimento não reconhecido pelo trabalho organizado.

As formas de cobrança da vida moderna propícia e é pedra fundamental para o aumento da produtividade no trabalho e também extremamente necessário para que o corpo seja submisso. Apresentamos uma entrevista feita com uma telefonista:

- [...] “O trabalho nos deixa idiotas”.
- “De tanto ficarmos sentadas, ficamos com o traseiro achatado, terminamos tendo uma bunda horrível – “O trabalho é completamente falso. Quando falamos, é o PTT² que fala. Quando eu saio do trabalho, falo com as pessoas frases do PTT.”
- “As frases que a gente tem que dizer são: ‘496, informações; não podemos dizer ‘bom dia’.”
- “O que o Sr. deseja?” Não podemos dizer, por exemplo, “o que o Sr quer?”
- “Em seguida, é preciso enquadrar a informação, ou seja, reformulá-la, numa linguagem codificada, depois de tê-la obtido.”
- “Em seguida, é preciso guardar a informação e procurá-la nas microfichas. Sobre tudo no início, esse esforço de memória não é nada fácil...”
- “Depois, devemos repetir a informação pedida sob forma de pergunta.”
- “Por último, devemos dar a informação sob forma de “resposta”, na linguagem codificada do PTT.”
- “Enfim, no caso de agradecimento do assinante, é a única situação em que temos o direito de dar uma resposta livremente escolhida.”
- “Não temos o direito de desligar. É o assinante que deve desligar primeiro. Assim, não temos nenhum poder sobre o interlocutor.”
- “Não sabemos quantas chamadas vamos receber, e uma vem em seguida a anterior. O que é mais difícil são as informações mal explicadas ou não mais válidas. Isso obriga a uma pesquisa mais longa. Não temos o direito de fazer mais de três fichas (quer dizer, é proibido fazer mais de três pesquisas para dar a resposta a uma pergunta). Seja falso ou verdadeiro, devemos responder que ‘Esta informação não consta neste item’, para não dizer que o PTT não a possui. Depois, ainda é preciso esperar que o assinante tenha acabado de reclamar e desligado.”
- “Durante nosso treinamento ou aprendizagem nos ensinam que não devemos ser muito amáveis, pois é preciso desencorajar as pessoas a recorrerem às informações telefônicas.” “O serviço de informações existe porque o catálogo telefônico é incompreensível” (DEJOURS, 1949, p. 97-98).

². PTT: Significa Postes, Télégrames et Télécommunication, na França é a empresa estatal que agrupa os correios, telégrafos e telefonia (N. do T.).

O ambiente de trabalho antes (na época do boom industrial) significava um grande dispêndio de força física, em que trabalhadores passavam horas e horas carregando peso, manuseando máquinas, repetindo movimentos. Hoje o que se tem no ambiente de trabalho é um trabalho exaustivo mentalmente, ou seja, informações que devem ser repetidas continuamente, cronometradas, vigiadas, sejam elas por câmeras ou chefes, e aquele que se propor a fazer algo diferente para que não afete tanto sua mente ou para que sua subjetividade possa aparecer no processo de trabalho é estigmatizado como o “chato, revolucionário, doido” e outros.

A recusa dessas funções citadas acima acarretam na não continuidade do sujeito no mundo do trabalho, afetando ainda mais sua mente, pois aquele que está no mercado de trabalho sofre, mas o que não está inserido, também.

Hoje o que se tem é a “política do medo”, onde os chefes, diretores, gerentes e etc., já perceberam e/ou descobriram que o trabalhador que está sob pressão produz mais. “O trabalho constitui-se uma fonte de sofrimento tanto para os que estão excluídos dele, quanto para os que nele permanecem”(SOUZA, 2015, p. 6). Esse tipo de atitude ou essa “política do medo” é usada como uma ferramenta de controle e disciplinamento dos trabalhadores, em benefício da produtividade.

A teoria Dejouriana (1992) diz que o sofrimento mental é resultado da organização do trabalho. A vida mental do trabalhador é formatada pela organização do trabalho. A organização do trabalho pode ser definida como a divisão do trabalho (em conteúdo da tarefa, formas de hierarquia, as relações de poder e outras). Este sofrimento faz com que o trabalhador construa estratégias de defesa, desenvolvido pelo sujeito para suportar as pressões do seu trabalho e continuar em atividade.

O sofrimento surge através do choque entre a organização do trabalho e a vida individual do trabalhador. Iniciando o mesmo, quando o sujeito não possui mais a liberdade de decidir sobre suas tarefas a serem desempenhadas no trabalho, no sentido de adequá-las de acordo com suas necessidades mentais e físicas.

Segundo Marx (2004 apud Souza, 2015) o trabalhador se torna estranho a sua própria individualidade e sua força de trabalho é simplesmente uma mercadoria. O trabalho realizado pelo trabalhador não o pertence e muito menos o produto desse trabalho, percebendo seu trabalho como alienado, sem perspectivas de crescimento e modificação da realidade.

Essas inúmeras questões se apresentam na sociedade contemporânea, na forma do individualismo, as desigualdades sociais, trabalhistas, de renda, política, a violência, a dor e o

sofrimento, são temas discutidos em segundo plano, pois não se pensa mais no outro, na dor do outro, têm-se formas individualistas de resolução dos problemas ditos “particulares”, principalmente em relação a questões de insatisfação no trabalho.

A organização do trabalho exerce sobre o indivíduo uma opressão que se reflete sobre o aparelho psíquico. O sofrimento surge das condições que constituem um choque entre a história individual, a subjetividade, esperanças e desejos do sujeito e a organização do trabalho que ignora todos esses fatores. Quando o trabalhador não consegue conciliar suas necessidades fisiológicas e psicológicas ao regime de trabalho ao qual está submetido, surge o sofrimento de natureza mental como resultado do embate entre ser humano versus trabalho. Muitos trabalhadores precisam de remédios para dormir e também para suportar a jornada de trabalho. O trabalho se configura como gerador de ansiedade e distúrbios psíquicos. O processo de medicalização disfarça o sofrimento mental, criando condições para que o indivíduo se mantenha no trabalho (SOUZA, 2015, p. 5).

Seguindo com o mesmo autor citado acima, verificando que hoje na sociedade moderna a ideia da moda é: preservar o meio ambiente, ter responsabilidade social, percebemos que essa mesma responsabilidade não acontece com o mesmo afinho em relação a saúde mental dos trabalhadores, que sofrem a interferência das instituições em que possuem vínculos empregatícios, nem tampouco a família dos mesmos que de uma forma ou outra acabam sendo afetadas.

Há quem duvide se existe ou não uma relação de causas diretas entre certos tipos de transtornos mentais e certas formas de organização do trabalho, mas o que se sabe é que, a partir do momento que se investe demais em mercadorias, o sujeito que a produz acaba sendo desvalorizado, isto é, toda subjetividade, suas relações sociais, rede familiar é esquecida, podendo gerar prejuízos para a sua saúde mental.

Já são reconhecidas através do Manual de Saúde do trabalhador desde 2001, uma gama de doenças relacionadas ao trabalho. Esse trabalho que acontece de forma precarizada, com a perda de direitos trabalhistas e sociais, a terceirização, o aumento da jornada de trabalho, salários baixos, instabilidade no emprego, as múltiplas funções que um mesmo trabalhador precisa desempenhar e com eficiência, a inserção de novas tecnologias e formas de se administrar as instituições, sejam públicas ou privadas, acarretam sobre a saúde do trabalhador.

Os comportamentos que possuem relação com o trabalho e os transtornos mentais a ele ligados são resultados de múltiplos fatores, ou seja, o contexto do ambiente de trabalho, sua satisfação dentro do mesmo e de suas necessidades de subsistência, de liberação de afeto para com as pessoas e familiar. Porém, se o trabalho não possuir um caráter de significação, pode desencadear sofrimento psíquico, gerando sentimentos de angústia, insegurança, desânimo, refletindo sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Definir disfunção e incapacidade ocasionada pelos transtornos mentais e comportamentais ligados ao trabalho é uma tarefa bem difícil, porém, existem alguns parâmetros que são seguidos para se diagnosticar um sofrimento em função do trabalho, distribuídos em quatro áreas:

LIMITAÇÕES EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: que incluem atividades como autocuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais e exercício de atividades sociais e recreacionais. O que é avaliado não é simplesmente o número de atividades que estão restritas ou prejudicadas, mas o conjunto de restrições ou limitações que, eventualmente, afetam o indivíduo como um todo;

EXERCÍCIO DE FUNÇÕES SOCIAIS: refere-se à capacidade do indivíduo de interagir apropriadamente e comunicar-se eficientemente com outras pessoas. Inclui a capacidade de conviver com outros, tais como membros de sua família, amigos, vizinhos, atendentes e balconistas no comércio, zeladores de prédios, motoristas de táxi ou ônibus, colegas de trabalho, supervisores ou supervisionados, sem alterações, agressões ou sem o isolamento do indivíduo em relação ao mundo que o cerca;

CONCENTRAÇÃO, PERSISTÊNCIA E RITMO: também denominados capacidade de completar ou levar a cabo tarefas. Estes indicadores ou parâmetros referem-se à capacidade de manter a atenção focalizada o tempo suficiente para permitir a realização cabal, em tempo adequado, de tarefas comumente encontradas no lar, na escola, ou nos locais de trabalho. Essas capacidades ou habilidades podem ser avaliadas por qualquer pessoa, principalmente se for familiarizada com o desempenho anterior, basal ou histórico do indivíduo. Eventualmente, a opinião de profissionais psicólogos ou psiquiatras, com bases mais objetivas, poderá ajudar a avaliação;

DETERIORAÇÃO OU DESCOMPENSAÇÃO NO TRABALHO: refere-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes. Frente a situações ou circunstâncias mais estressantes ou de demanda mais elevada, os indivíduos saem, desaparecem ou manifestam exacerbações dos sinais e sintomas de seu transtorno mental ou comportamental. Em outras palavras, descompensam e têm dificuldade de manter as atividades da vida diária, o exercício de funções sociais e a capacidade de completar ou levar a cabo tarefas. Aqui, situações de estresse, comuns em ambientes de trabalho, podem incluir o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas, a interação com supervisores e colegas (BRASIL, 2001, p. 163).

Uma coisa não se pode negar, quer aceitem ou não, existe causalidade em relação à saúde da mente do trabalhador e o seu trabalho, pois o corpo não necessita somente de alimentos para criar energia e retornar ao trabalho, mas de todo um contexto favorável para que a função seja desempenhada com êxito e com satisfação. O contexto do trabalhador, sua família, seus amigos, uma boa condição de saúde, suas necessidades culturais e sociais supridas, influenciará em sua satisfação no trabalho e conseqüentemente em sua saúde mental.

3 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

O objetivo nesta terceira sessão é mostrar como surge a psiquiatria para explicar os comportamentos do homem e as análises sobre as principais transformações institucionais na trajetória das práticas assistenciais no campo da saúde mental como: colônias, manicômios, comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva, antipsiquiatria e psiquiatria democrática.

Traremos ainda, os desdobramentos desses dispositivos que existiam no Brasil e que buscavam reformas na estrutura de internação dos ditos “loucos”. A partir daí surgem as lutas contra esses modelos de assistência aos “loucos”, e nessas lutas uma gama de profissionais se inserem para problematizar a questão, inclusive o assistente social.

Um dos primeiros espaços que legitimou o saber e/ou autoridade do psiquiatra (médico) foi o espaço manicomial, onde o mesmo serviu de aprendizado para os psiquiatras aprimorarem as normas da sociedade sobre aqueles que estavam a margem dela.

(...) dentre os deveres morais do psiquiatra forense está o de contribuir ao aprimoramento da norma e do tecido social. Assim, cabe a ele, em cada laudo, parecer, documento ou texto que apresenta à sociedade, a defesa de um bem moral: a proteção do doente mental, vítima indefesa de abusos; a do cidadão diferente, na medida em que não representa a maioria cultural, social, religiosa ou étnica, e a da coletividade, que legitimamente deve se defender dos que possam acarretar perigo (TABORDA, 2004, p. 27 apud MITJAVILA e MATHES, 2012, p. 97).

Para que possamos percorrer um caminho a partir de um marco, que caracterizou as intervenções nas políticas de saúde mental no Brasil e que depois acabou se transformando em intervenções em comportamentos ditos “desviantes”, vamos iniciar nossa discussão com base no higienismo que se desenvolveu nos fins do século XIX e início do século XX. Segundo Costa (1976) a Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada em 1923 por um psiquiatra chamado Gustavo Riedel,³ a Liga (L.B.H.M) era uma entidade civil, de interesse público, que era constituída basicamente pela elite psiquiátrica do Rio de Janeiro.

³. Alienista-adjunto interino do Hospital Nacional de Alienados. Membro da Academia Nacional de Medicina em 1916 e diretor da Colônia do Engenho de Dentro. Em 1919, cria o Ambulatório Rivadávia Correa com o objetivo de ações preventivas em Psiquiatria e de outras especialidades médicas. Disponível em: (<http://www.museudapsiquiatria.org.br/biografia/exibir/?id=4>). >Acesso em: 12/05/15).

Nesse período, algumas condições propiciaram o desenvolvimento do higienismo, como: a) Condições de vida das pessoas da época; b) Higiene e saneamento do país; c) Surto epidêmicos, superpopulação de mendigos e outros fatores (COSTA, 1976).

No país vivia-se um contexto ou um momento, caracterizado pela problematização dos obstáculos para o desenvolvimento do Brasil como: número grande de imigrantes; ambiente extremamente insalubre; péssimas condições para que a força de trabalho pudesse se reproduzir; e surgimento de comportamentos e hábitos considerados desviantes para a época.

O higienismo representou a principal base do processo de medicalização social nos fins do século XIX, trazendo suas ideias em defesa da sociedade. Seu foco principal era prevenir, disciplinar os indivíduos e também apresentar as ideias eugênicas.

As ideias eugênicas estavam ligadas à prevenção das doenças mentais, com o objetivo de evitar as mesmas, acreditando que a doença mental era transmitida geneticamente, entretanto, outra função da eugenia era a prevenção da raça (pureza). Mas na verdade a eugenia era interessada nos dois indivíduos: os sãos e os doentes, pois a preservação das gerações futuras em relação à doença mental era o mais importante.

Costa (1976) ainda afirma que a eugenia buscava designar uma ciência que pudesse aprimorar as qualidades hereditárias da raça humana, acreditando que o ser humano pudesse ser melhorado ou aprimorado. Sendo assim, o Brasil passava por um certo “mal estar” em seu ambiente urbano, devido as “raças inferiores” (negros, índios, mestiços, amarelos), ou seja, todos aqueles considerados não-brancos eram considerados seres patológicos, portanto, o único remédio para esse “mal estar” que o país passava, seria através da proposta da eugenia conhecida como saneamento racial. Constatou ainda que, a partir dos anos de 1930 percebeu-se uma mudança no conceber e aplicar as ideias eugênicas, visualiza-se essa mudança através de três momentos, segundo Costa (1976):

1. Em 1930 aconteceu uma revolução política, onde o governo da Revolução comandado pelo então presidente do Brasil Getúlio Vargas, pode ter apoiado os psiquiatras da L.B.H.M, apoio esse ligado a vigilância sobre os delinquentes, marginais e os alcoólatras.
2. O segundo momento, seria a grande propaganda da eugenia no Brasil que até 1930 era totalmente descoordenada, pois dependia de publicações de autores particulares e não tinha um órgão institucional. Mas em 1931 um psiquiatra fundou a Comissão Central Brasileira de Eugenia,

essa comissão tinha o objetivo de fomentar e difundir o interesse pelas questões eugênicas (hereditariedade das doenças, aprimoramento das raças).

3. O médico que acompanhava dia a dia os doentes dentro das instituições de abrigo, deviam antes de ser psiquiatra ser eugenistas, para que a sua preocupação fosse a saúde das raças (evitar os desvios) e não a do indivíduo particular. A pessoa para os eugenistas cumpria suas etapas da vida, nasciam, cresciam, se multiplicavam e morriam.

Essas ideias que foram sendo difundidas, sejam elas pelas instituições de internação, sejam nos estudos realizados pelos estudiosos da área, de que o Brasil passava por um “mal-estar” por abrigar uma diversidade de pessoas com cores, modos de pensar e culturas diferentes, sendo que ao permanecer essas ditas raças “inferiores” no país, considerava-se uma atitude democrática demais, por conceder direito de cidadania a estrangeiros e ex escravos. Acreditava-se que com essa atitude democrática, as piores raças estariam se perpetuando e algumas instituições que eram para tomar atitude contrária a perpetuação das raças “inferiores” estavam concedendo esse direito a elas.

[...] concedendo o direito de cidadania a estrangeiros e a escravos libertos, casamentos com essa gente, abastarda-se gradativamente a população e declina a sua superioridade intelectual [...] as piores linhagens perpetuam-se graças aos sentimentos para com os direitos individuais, ainda quando opostos ao bem da sociedade: e o Estado e a Igreja dão ambos consentimento e benção ao casamento e á propagação dos idiotas, insuficientes, loucos e depravados [...] (COSTA, 1976, p. 58).

Os eugenistas queriam impor uma nova moral de raça, de modo que a “raça brasileira” pudesse ser saneada para que a nação pudesse se tornar forte. Esse processo conhecido como higienismo significou a principal base para os processos de medicalização da vida social, possuindo seu foco na prevenção não mais para prevenir a crise no doente mental, mas para disciplinamento dos indivíduos, ou seja, passou-se a querer agir na população em geral.

Para que o higienismo conseguisse seu êxito no agir sobre a população, seria preciso a colaboração de agentes que fossem especializados para além dos especialistas em medicina, para que seus projetos ou ações fossem materializados agora nos comportamentos que foram categorizados como desviantes e que “impediam” o bom desenvolvimento da nação, é a partir daí que o Serviço Social entra neste processo, com o papel de disciplinar os sujeitos às normas impostas pela sociedade.

Neste sentido, após mostrar uma visão panorâmica de como foram os manicômios, asilos, hospitais psiquiátricos na sessão 2 e na sessão 3 iniciando com o nascimento da psiquiatria, a apresentação que se segue é de mostrar as propostas que surgiram de possíveis reformulações desse

modelo (manicômios e outros) que não cumpriam a função de recuperação dos doentes mentais, mas que as condições dos doentes até mesmo se agravavam, e também apresentando críticas ao modelo psiquiátrico instituído.

Portanto, o objetivo é apresentar os principais marcos do modelo psiquiátrico e as principais correntes de várias partes do mundo que buscaram realizar reformas psiquiátricas, estabelecendo conexões com o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil.

3.1 Origens e Trajetórias Sócio-históricas das Práticas Assistenciais no Campo da Saúde Mental

Com a queda da credibilidade da psiquiatria, dos asilos e manicômios, por sua superlotação de internos, maus tratos, negligência, segregação social, surgem várias tentativas de respostas ou experiências de reforma para esse modelo alienista instituído. Amarante (1998)⁴ destaca as mais conhecidas respostas dadas a esse modelo.

Uma dessas respostas, ficou conhecida como *colônia de alienados* (ideia que surgiu no século VI com um alienista francês), mas no Brasil sua grande expansão se dá na década de 1940 e 1950, onde as colônias eram estabelecimentos manicomializados localizados em áreas agrícolas, destinadas a reabilitar os internados por meio do trabalho do próprio paciente. Os doentes que já se encontravam cronificados devido o tempo de permanência dentro dos manicômios e a difícil reabilitação para retornar ao meio social, eram submetidos a trabalhos dentro das próprias colônias, sem nenhuma recompensa.

Acreditava-se que com o trabalho o risco de confusões e/ou desordens dentro das colônias seria rebaixado e o outro viés seria a necessidade de mão de obra barata ou não paga para a construção ou manutenção dos locais de internação. Os alienados então, começam a executar trabalhos extremamente pesados, com foices, enxadas, acreditando-se que a “recuperação” viria não mais por um milagre, mas sim através do trabalho exercido pelo sujeito.

4

. Para falar dos diversos dispositivos e/ou modelos de atenção a saúde mental existentes na base do tratamento dado através do saber da psiquiatria, delineando os principais marcos de sustentação do modelo psiquiátrico e também dos principais modelos e/ou experiências de reformas, estabelecendo conexão com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, usaremos principalmente o autor Paulo Amarante (1998) que dedicou-se a estudar essas experiências de reforma e apontar suas características, seus fracassos, e mostrar de que forma elas se materializaram no Brasil.

No Brasil as primeiras colônias criadas foram São Bento e Conde de Mesquita, na região do Rio de Janeiro, porém todas as duas colônias continuaram com a essência dos manicômios (superlotação, segregação social e negligências), por isso a alegria durou pouco. Após essa tentativa frustrada de resposta ao alienismo, muitas experiências de reformas aconteceram em vários países, mas deixaram influências para a contemporaneidade, inclusive para o Brasil, umas com maior impacto, outras nem tanto.

Esse reconhecimento do fracasso da gestão dos manicômios e colônias foi percebido pelas próximas experiências de reforma, que envolviam uma maior participação e organização dos internos na vida e na gestão dos hospitais psiquiátricos, por meio de “grupos de discussão, de atividades ou operativos”, que até então não tinham credibilidade frente aos antigos modelos.

A outra proposta de reforma colocada por Amarante (1998) foi a das *comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional*, que acreditavam que o fracasso dos hospitais psiquiátricos estava no modo de administrá-lo (gestão), então a mudança almejada deveria ocorrer na instituição para que pudesse existir um tratamento realmente “terapêutico”. A saída encontrada por Maxwell Jones (operador prático da comunidade terapêutica) foi utilizar o potencial dos próprios pacientes em seu tratamento. Assim:

[...] a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens na comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de “aprendizagem ao vivo” (JONES 1972, p. 23 apud AMARANTE, 1998, p. 29).

Esses grupos tinham o objetivo de envolver o sujeito em sua própria terapia e discutir sobre a dos demais, inclusive debatendo com os técnicos, familiares e comunidade, para facilitar a ressocialização e para que as relações sociais dentro da comunidade terapêutica fossem horizontais e não vertical, com muito mais debate sobre as questões relacionadas ao paciente. Porém a comunidade terapêutica só introduziu mudanças dentro da estrutura do hospital, apesar de ter sido uma experiência positiva, ela não conseguiu atingir o principal problema, a exclusão. Para combater essa exclusão seria necessário, algumas atitudes:

Os tipos de atitudes que contribuem para uma cultura terapêutica são, resumidamente, a ênfase na reabilitação ativa, contra a 'custódia' e a 'segregação'; a 'democratização', em contraste com as velhas hierarquias e formalidades na diferenciação de status; a 'permissividade', como preferência às costumeiras ideias limitadas do que se deve dizer ou fazer; e o 'comunalismo' em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico (AMARANTE, 1998, p. 30).

Já a psicoterapia institucional (experiência francesa) foi vista por Amarante (1998) como um novo modelo assistencial que se baseava na “escuta polifônica”, ou seja, buscou-se ampliar os referenciais teóricos explicativos sobre a doença mental, para que a escuta não fosse reduzida a uma ou outra corrente teórica. Entendia-se através da psicoterapia institucional que o trabalho multiprofissional dentro do hospital psiquiátrico era importante, pois os profissionais eram os responsáveis em parceria com os internos pela construção das referências e também por dar o suporte que os internos necessitassem.

Essa perspectiva comumente como a da comunidade terapêutica, resgata o caráter terapêutico do trabalho, há também o questionamento da instituição psiquiátrica (segregação, médicos poderosos, relações verticais e outras).

A psicoterapia institucional deve trabalhar o meio, o ambiente, a fim de que o mesmo permita revelar, para melhor tratar, o processo psicótico no que este tem de 'patogênico', específico, metabolizando o que existe de 'patoplástico', entendido aqui mais precisamente como as aparências mórbidas resultantes das inter-relações entre a pessoa e o meio, bem como a alienação social, que se adiciona à própria alienação psicótica, tudo isso influenciando na apresentação [...] (VERTZMAN, 1992, p. 23 apud AMARANTE, 1998, p. 33).

Porém, essa experiência como a das comunidades terapêuticas não conseguiu se consolidar, por considerar o espaço do hospital um local que se dedicava a terapia e a cura da doença mental, apesar de perceberem que o hospital psiquiátrico possuía características doentias e que deveriam ser modificados.

Mas a grande questão é, nenhuma dessas duas experiências de uma possível reforma no modo de tratar a pessoa em sofrimento mental criticava o saber psiquiátrico, ou seja, não se questionava a função social da psiquiatria, dos asilos e dos profissionais técnicos. Visto essa deficiência, surgem outras duas perspectivas de reforma conhecida como *Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva*.

Amarante (2011) também aponta as principais características da Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, a primeira nasce na França, no início dos anos 1960, a partir da crítica sobre a psicoterapia institucional, apontando que há uma necessidade da existência de um trabalho extramuros, isto é, um trabalho externo, fora dos manicômios e/ou asilos. Viu-se a necessidade de tomar medidas que pudessem auxiliar o paciente no tratamento após a alta hospitalar, para evitar a reinternação.

Assim foram sendo criados os Centros de Saúde Mental (CSM), que surgiram com uma proposta de serem distribuídos de acordo com o tamanho da população atendida nas regiões. Esse atendimento de forma territorializada ou atendimento dito de “setor” ocorreria dentro e fora dos hospitais psiquiátricos de cada região.

[...] A ideia de subdividir o espaço interno do hospital destinando para cada setor uma enfermaria correspondente. Desta forma, todos os pacientes provenientes de uma determinada região, isto é, de um determinado setor, seriam internados em uma mesma enfermaria do hospital. Quando recebessem alta médica seriam encaminhados para o CSM existente no mesmo setor [...] as vantagens seriam múltiplas [...] possibilidades de contatos entre os próprios internos, de conhecerem lugares, pessoas, eventos etc., que pudessem partilhar [...] contatos de parentes que visitavam os internos [...] (AMARANTE, 2011, p. 46).

Portanto, esse novo modelo de assistência às pessoas em sofrimento diluiu o poder dos psiquiatras, pois, o tratamento não seria exclusivamente do médico psiquiatra, mas de uma equipe composta por diversos profissionais que acompanharia o tratamento dentro e fora do hospital, incluindo o assistente social. Sendo assim, o paciente poderia ser tratado dentro do seu próprio meio social, onde aparecem suas relações sociais, de afeto, de trabalho e outras, passando a ser o hospital uma etapa de transição do tratamento.

Mas esse modelo (Psiquiatria de Setor) foi criticado por reforçar a internação do atendimento nos CSM e também a reinstitucionalização dos usuários, porque conciliou o espaço interno dos hospitais psiquiátricos e o tratamento externo realizado nas comunidades dos usuários, sem ao menos criticar a psiquiatria.

A partir desse esgotamento da Psiquiatria de Setor, surge a Psiquiatria Preventiva ou comunitária, Amarante (2011) aponta seu nascimento na década de 1960, também nos Estados Unidos, como estratégia de intervenção nas causas ou no surgimento das doenças mentais, objetivando não apenas prevenir, mas também promover a saúde mental, ou seja, a política de saúde mental é reorientada a partir dessa perspectiva.

Os Estados Unidos enfrentava um momento conturbado na ordem social, contribuindo para o surgimento da psiquiatria preventiva. Era um cenário de conflitos sociais, jovens consumindo drogas, formação de gangues, movimento black power e o movimento beatnik.⁵ Os médicos

5

. Foi um movimento literário originado em meados dos anos 1950 por um grupo de jovens intelectuais que estava cansado do modelo quadradinho de ordem estabelecido nos EUA após a Segunda Guerra Mundial. Com o objetivo de se expressarem livremente e contarem sua visão do mundo e suas histórias, esses escritores começaram a produzir desenfreadamente, muitas vezes movidos a drogas, álcool, sexo livre e jazz – o gênero musical que mais inspirou os beats. Disponível em: <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/o-que-foi-a-geracao-beat>> Acesso em: 18/05/15.

acreditavam que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, se fossem diagnosticadas precocemente, pois elas eram definidas como desordens.

A partir dessa noção de doença mental, o autor citado acima diz que o conceito de “crise” é adotado, essa crise é uma fuga dos padrões estabelecidos pela sociedade vigente, ou seja, buscam-se suspeitos em potencial, tornando-se uma caça aos possíveis suspeitos de desordens e causadores dos males sociais.

Uma pessoa suspeita de distúrbio mental deve ser encaminhada para investigação diagnóstica a um psiquiatra, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. A pessoa que toma a iniciativa do encaminhamento deve estar cônica de que se apercebeu de algum desvio no pensamento, sentimentos ou conduta do indivíduo encaminhado e deverá definir esse desvio em função de um possível distúrbio mental (CAPLAN, 1980, p. 109 apud AMARANTE, 1998, p. 37).

Diariamente se atribui um caráter negativo para as crises, porém nem sempre a crise possui esse caráter, pois muitas vezes é nela que o sujeito acaba se percebendo enquanto tal. Nesse sentido, pode decorrer algum crescimento em meio à adversidade e impulsionar uma nova visão de mundo desse sujeito, seja essa visão positiva ou não. Cria-se assim, a expressão desinstitucionalização, isto é, criam-se diversos mecanismos que auxiliem na diminuição da entrada e/ou permanência de pacientes no ambiente dos hospitais psiquiátricos. Iniciando-se um processo de oferta de serviços fora dos hospitais como, centros de saúde mental, hospitais dia/noite, lares abrigados, enfermarias, oficinas protegidas e outros serviços.

O que se percebe é que o trabalho exclusivamente do médico psiquiatra começa a ser distribuído entre outros campos profissionais e a demanda de pacientes cresce demasiadamente em função das ações de prevenção. Mas a psiquiatria preventiva alavancou a intervenção da psiquiatria no social, significando uma nova perspectiva de medicalização da ordem social, disseminando as normas médico psiquiátricas para as normas da sociedade.

A não mudança do saber psiquiátrico, mas somente na estrutura material dos locais de internação, sofreu novas críticas que levaram ao surgimento de duas novas experiências, conhecidas como *Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática*, que foram rechaçadas por representarem para as outras perspectivas anteriores atitudes rebeldes e de contestação do que estava instituído, significando perda de poder para os médicos psiquiatras que detinham o saber e o poder.

A antipsiquiatria surgiu como observou Amarante (1998) por influência dos ingleses na década de 1950 e 1960, criticando radicalmente o saber médico psiquiatra, na busca de enfraquecer o saber psiquiátrico perante a doença.

A naturalização do binômio loucura/doença mental passou a ser questionada, o que não acontecia no quadro da racionalidade médica e no quadro epistemológico anterior. Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida a sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? São questões que passaram a se colocar como centrais. O que era até então considerado óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações [...] (BIRMAN, 1982, p.239 apud AMARANTE, 1998, p. 42).

Constatou Amarante (1998) que para a antipsiquiatria não existia a doença mental como nos termos ditos ou colocados pela psiquiatria, mas existia sim uma experiência vivida pelo sujeito ligada ao meio social em que ele vive.

Procurando romper com o modelo assistencial vigente, a antipsiquiatria buscou retirar o total valor do saber médico que se concentrava em explicar, compreender e tratar as doenças mentais com base em suas próprias premissas. Ela questionava as formas de naturalização da doença, da loucura, da exclusão, da autoridade e poder absoluto dos médicos psiquiatras, do hospital psiquiátrico como reprodutor de opressão e de patologias, o que antes não existia.

O que se nota é que não seria preciso um tratamento para a “doença mental”, pois o próprio sujeito em contato com o meio em que vive estabeleceria uma relação terapêutica, onde seu interior seria reorganizado através das relações sociais partilhadas.

O mesmo autor diz que a antipsiquiatria enxerga a loucura entre os homens e não dentro deles. Essa experiência propõe a retirada dos ditos “doentes mentais” dos hospitais psiquiátricos, mantendo-os nos espaços da comunidade em que residem, para partilhar suas experiências.

Seguindo uma lógica semelhante da antipsiquiatria, Amarante (1998) aponta para o surgimento na Itália no começo da década de 1960 da Psiquiatria democrática. Inicialmente se inspirou nas comunidades terapêuticas e na psicoterapia institucional, porém percebeu-se que o importante seria superar a ordem dos manicômios, não só em questão estrutural, mas também em relação aos saberes, práticas sociais, científicas que fundamentavam aquele lugar de isolamento e fomentador de patologias.

Na verdade essa experiência traz a necessidade da realização de uma análise a respeito da sociedade vigente para tentar perceber de que forma a mesma se relaciona com o sofrimento e a diferença. O que se percebe através dessa experiência é que não basta somente humanizar o espaço do manicômio, mas sim as relações que ali estão estabelecidas.

Essa contrariedade vista pela psiquiatria democrática, que percebeu que não poderiam ocorrer mudanças na instituição (colônias, manicômios, hospitais psiquiátricos) em si, sem

transformar o modo como essa instituição era vista pelos que detinham seu controle. Apesar de vislumbrar mudanças na percepção do “louco” e a forma de ver as instituições que abrigam estes, a psiquiatria democrática ainda olha para os resquícios das outras experiências de reforma e tenta encontrar formas para modificar essa estrutura de tratamento aos “loucos”.

Uma vez acionado o processo de transformação institucional, damo-nos conta de quanto é contraditória a existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no seio de nosso sistema social, e cuja dinâmica tende a absorver qualquer movimento que poderia alterar o equilíbrio geral. (...) nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo contraditória: a instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada (BASAGLIA, 1985, p. 315-316 apud AMARANTE, 2011, p. 54-55).

A ação mais importante do discurso da psiquiatria democrática localiza-se na necessidade de desmontar o muro de diferenças entre o que trata e o que é tratado, ou seja, tentar quebrar a barreira da tutela, do preconceito, da exclusão, da periculosidade, da desvalorização da subjetividade do sujeito. A luta nessa perspectiva estaria concentrada na não repressão, não institucionalização da doença e do sofrimento gerado pela doença, e a questão de maior luta seria a não mercantilização do sofrimento humano, pois o capitalismo utiliza desse sofrimento para alavancar ainda mais seu poder dominador.

A partir dessa experiência de reforma do espaço institucional e principalmente da cultura instituída pelo saber psiquiátrico, como único conhecedor e apropriador da loucura, esse movimento pôde inspirar outros por todas as partes do mundo, inclusive o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira.

3.2. Reforma Psiquiátrica e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) a Reforma Psiquiátrica brasileira eclode no mesmo período da reforma sanitária⁶ na década de 1970, a mesma tinha um posicionamento a favor

⁶

. O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde [...] As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>> Acesso em: 29/05/15.

da mudança dos modelos de atenção e também da forma de gerir as práticas realizadas em saúde. Sendo resultado de muita luta, o movimento da reforma sanitária envolveu, médicos e algumas lideranças políticas da área da saúde.

A perspectiva maior da reforma sanitária era a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) de acordo com o que era preconizado na Constituição Federal de 1988, ou seja, o que se queria era o investimento de recursos públicos em serviços públicos, esse era um dos desafios, pois os hospitais psiquiátricos eram mantidos por religiosos, grandes investidores e familiares. Em vista dessa problemática colocada ao SUS, um enorme desafio é posto em evidência, isto é, ser único em uma sociedade que possui uma estrutura desigual, então, como ser um sistema único de saúde quando o mais importante é o acessar o serviço (seja ele por qualquer meio) do que acessar através da política desenvolvida e custeada pelo Estado (obrigação), para vislumbrar a superação da desigualdade social.

Com o SUS crescendo e se fortalecendo, a saúde torna-se o maior campo de trabalho para os assistentes sociais. Esse profissional passa a atuar na rede de atenção básica, centros de saúde e outros serviços, junto a outros profissionais da área da saúde.

Além disso, os assistentes sociais estão entre os profissionais universitários de maior número em atuação na saúde: “os assistentes sociais são a quarta categoria de nível superior na composição das equipes de saúde, 'perdendo' apenas para os médicos, dentistas e enfermeiros” [...] (COSTA, 2000, p. 36 apud BISNETO, 2009, p. 38).

Com base na luta por um SUS que pudesse ser gratuito e de direito de todos, inicia-se uma luta contra as práticas psiquiátricas desenvolvidas no Brasil, esse movimento ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Oliveira (2009) a reforma psiquiátrica brasileira se inseriu na luta contra a violência ocorrida dentro dos manicômios, baseando-se nas perspectivas da Reforma Sanitária e da experiência de reforma da Psiquiatria Democrática (iniciada na Itália), porém a mesma possui suas características próprias.

A reforma psiquiátrica revendo os conceitos da reforma sanitária, pôde construir a sua própria história

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das

relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

A reforma psiquiátrica nasce com a pretensão de modificar o sistema de tratamento da doença mental, passando a eliminar de forma gradual os processos de internação (manicômios) e consequentemente amenizar as formas de exclusão social. Sendo assim, o antigo modelo assistencial seria substituído por serviços territorializados que forneçam assistência psicossocial, sempre lembrando da integração da pessoa em sofrimento com a comunidade em que ele reside.

Na verdade a psiquiatria já nasceu com a característica de reforma, pois ela nasce com o intuito de ditar os comportamentos desviantes e exercer através dos médicos psiquiatras o controle sobre os sujeitos reconhecidos como “loucos”, caracterizado como medicalização social. O que se observa é que todas as experiências reformistas buscaram se afastar dos modelos de captura dos “loucos” (internação), vislumbrando um tratamento mais humanizado.

Conforme Amarante (1998) o movimento de reforma psiquiátrica brasileira na década de 1970 eclodiu com a 'Crise da DINSAM' (Divisão Nacional de Saúde Mental), era um órgão do Ministério da Saúde que tinha a responsabilidade de formular políticas de saúde na seção de saúde mental, existiram apenas quatro unidades desse órgão no país. Esse momento destacado acima ocorreu em Abril de 1978, o mesmo se caracterizou por greve e a demissão de 260 estagiários e profissionais que encontravam-se inseridos na área da saúde mental.

O motivo da greve são bem conhecidos por diversas categorias profissionais, em diferentes épocas e contextos, e em 1978 não fugiu desse padrão. A deflagração da greve se deu por questão de os profissionais estarem vivenciando um clima de insegurança nas instituições entre eles mesmos e também em relação aos pacientes, agressão, mortes, violência sexual, a busca por melhores salários e entre outros.

Esse movimento de contestação do ambiente e das relações que se tinham no âmbito da saúde mental, ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica que mais tarde desencadeou o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), onde houve a participação de vários protagonistas como, gestores e trabalhadores do SUS, usuários, familiares e os trabalhadores dos serviços de saúde mental (incluindo aqui, os assistentes sociais como trabalhadores da área da saúde). Assim o MTSM surge

[...] cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que

aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores amplos da sociedade (AMARANTE, 1998, 52).

A luta incitada pelo MSTM gira em torno de um rol de reivindicações como o aumento salarial, redução do número de consultas, cessar do uso de violência, transformação do modelo de assistência aos sujeitos internados (“loucos”), pois este é ineficaz e estigmatizante, retirada do caráter cronicador dos manicômios e do autoritarismo das instituições e principalmente dos que nele trabalhavam, crítica ao número de profissionais não condizentes com o número de atendimentos realizados, significando a transformação da loucura em mercadoria. Todas essas questões subsidiaram a eclosão desse movimento que passou a lutar pelo atendimento dessas prioridades.

Percebe-se que o MSTM não se caracteriza como um movimento da saúde, mas um movimento que abarca a luta da população no campo da saúde mental, sendo um movimento com imensa participação social, de técnicos, profissionais, simpatizantes do movimento, usuários e familiares.

O que se busca na verdade através da reforma psiquiátrica no Brasil é proporcionar a interação entre a loucura e a sociedade, ou seja, romper com o maior desafio que recai sobre o louco, a exclusão. Enquanto não mudarmos o olhar sobre a loucura e sobre o louco, isto é, enquanto não pararmos de identificar os sujeitos pela doença e não por sua complexidade como sujeito, não avançaremos para essa interação. Em relação ao que tange o Serviço Social, recai sobre esses profissionais a responsabilidade de analisar as instituições psiquiátricas como um todo, não somente em que condições abriga-se o “louco”.

Observa-se que não existia espaço de expressão para as singularidades dos sujeitos em sofrimento e muito menos para a equipe que dispndia trabalho aos internados, e que os espaços fornecidos eram unicamente cronicadores e causadores de outros transtornos, sejam eles emocionais ou físicos. Portanto, o MSTM surge com o propósito de questionar a psiquiatria como prática profissional, quer dizer, questiona-se seu caráter de saber e poder único capaz de analisar e tratar o “louco”.

Portanto, elencando as experiências de reforma, a reforma sanitária (saúde, direito de todos), a reforma psiquiátrica e o movimento dos trabalhadores em saúde mental, o que se almeja no primeiro momento de reivindicação, é que os manicômios sejam extintos e que sejam substituídos por serviços dentro da própria comunidade. Essa dinâmica na busca por mudanças no tratamento do “louco” abriu caminho para que o Serviço Social pudesse mostrar dentro do campo da saúde mental

sua formação social e política, mas também afirmar que a definição de um tratamento não deve se dar através de um único prisma profissional sobre a questão da saúde mental de um sujeito, mas sim de um trabalho desenvolvido multiprofissionalmente numa perspectiva interdisciplinar, já que faz parte de uma das lutas da Reforma Psiquiátrica e do MSTM, destituir o saber/poder do médico.

Após o movimento do MSTM em 1978, nasce em 1987 o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, definindo o Dia Nacional da Luta Antimanicomial como todo o dia 18 de maio, para relembrar as conquistas da Reforma Psiquiátrica e envolver novos atores, cidades na sensibilização para a questão da saúde mental (OLIVEIRA, 2009).

Em suma o MLA representou uma forma de pressão para a efetivação dos princípios pactuados pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS, fortalecimento da rede assistencial a saúde mental com base na comunidade, assumindo a luta pelos direitos dos usuários, principalmente na realização de denúncias de violação de direitos, ou seja, o MLA tornou-se um importante instrumento da saúde mental com foco no controle social das políticas direcionadas a esse público.

No mesmo ano em que nasceu o Movimento da Luta Antimanicomial, é realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental.

[...] organizada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e realizada no Rio de Janeiro, não teve a participação da sociedade civil, trabalhadores e, usuários e famílias na sua organização porque a época isso não se cogitava. Tudo centralmente organizado, com grande esforço de setores contra hegemônicos do governo e uma grande sede de participação social dos diversos segmentos de base interessados. Não deu outra: ali se exercitou uma tomada de poder pela sociedade civil [...] todo o programa da conferência organizada como se fora um Congresso Psiquiátrico cai por terra para dar lugar a uma assembleia popular conduzida por uma mesa diretora escolhida pela maioria [...] (PITTA, 2011, p. 4584).

Essa primeira conferência pôde representar um passo inicial para olhar o cotidiano das instituições e da sociedade vivido por muitos anos, observa-se que o olhar, as formas de lidar com a loucura, o preconceito, o poder dos médicos como único estava sendo desconstruído ou modificado e a desinstitucionalização já estava sendo pensada, ou seja, é substituir o tratamento dado pelos hospitais psiquiátricos de forma excludente ao sujeito em sofrimento, produzindo uma nova visão desse sofrimento para um tratamento que o envolva com a comunidade.

A tarefa exercida por várias décadas, onde através da internação em hospitais psiquiátricos ou instituições diversas o “louco” era excluído, discriminado, seu nome era retirado, seus direitos violados, todos esses movimentos descritos acima pretendiam exterminar. Essa institucionalização

dos “loucos” é mostrada explicitamente a sociedade em geral, no entanto, há uma institucionalização que muitas vezes passa despercebida e que vem a aparecer em diversos espaços do nosso cotidiano (igrejas, escolas, hospitais gerais, locais de trabalho, família, casamento e outros). De uma forma ou de outra todos nós em algum momento de nossa vida sofremos a institucionalização, no sentido de que devemos seguir as regras comportamentais das instituições ao qual estamos vinculados no momento.

O período ditatorial onde a loucura estava em evidência, podendo ser caracterizado como momento da “indústria da loucura”, foram construídos grandes manicômios e cada vez maiores, os mesmos recebiam incentivos públicos e eram extremamente lucrativos, tanto para o Estado, quanto para os investidores particulares. Uma das maiores expressões da exclusão, da internação e da negligência por falta de políticas públicas em saúde mental é conhecido pelo episódio chamado Holocausto Brasileiro, que aconteceu em Barbacena (MG) como destaca Branco (2015):

Sessenta mil mortos.⁷ Esse é o resultado do tratamento manicomial executado no **Hospital Colônia de Barbacena/MG**. Fundado em 1903 com capacidade para 200 leitos, o hospital contava com uma média de 5.000 mil pacientes em 1961 e ficou conhecido pelo genocídio em massa ocorrido especialmente entre as décadas de 60 e 80. Trens com vagões lotados (chamados de “trens de doido”), semelhantes aos dos campos de concentração alemães, despejavam diariamente os “dejetos humanos” para “tratamento” no hospital. “Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças[...] (...) comiam ratos e fezes, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados até a morte”. Estima-se que cerca de 70% dos internados não tinham qualquer diagnóstico de doença mental. O hospital era destinado para a contenção dos indesejáveis, com função de higienização e sanitarismo da localidade, ou seja, sob as bases da teoria eugênica eram enviadas “pessoas não agradáveis e incômodas” para alguém com mais poder, como opositores políticos, prostitutas, homossexuais, mendigos, pessoas sem documentos, epiléticos, alcoolistas, meninas grávidas e violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, entre outros grupos marginalizados na sociedade. Em resumo: era preciso livrar-se da escória, do mal social e do incômodo em um local onde ninguém pudesse ter acesso. [...] “Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. [...] Em alguns dias os eletrochoques eram tantos e tão fortes que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia e ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, mais de 1.800 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país [...]. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos passaram a ser decompostos em ácido, no pátio da Colônia, na frente dos pacientes ainda vivos, para que as ossadas pudessem ser comercializadas”. [...] Os números exorbitantes e silenciados (por mais de 50 anos) das execuções [...] superam, e muito, as mortes registradas e ocultadas na ditadura militar brasileira (dentre índios, camponeses, perseguidos políticos, etc). Superam inclusive os números das mais sangrentas ditaduras da América Latina, Chile com mais de 40 mil e Argentina com mais de 30 mil mortos. Que Estado de Direito atual é esse? Como se pode permitir a prática e a ocultação desse genocídio por mais de 50 anos sem uma

. Os 60 mil mortos estão enterrados no Cemitério da Paz, construído junto com o Hospital Colônia no início do século XX, cuja área pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Está desativado desde a década de 80 e a explicação do psiquiatra Jairo Toledo, que respondeu pela direção do centro Hospitalar Psiquiátrico Barbacena até março de 2013, é que o terreno está saturado. [...].

resposta estatal efetiva e humanizada para essas vítimas e seus familiares? [...]. Hoje restam menos de 200 sobreviventes da Colônia. Alguns deles estão e ficarão internados até o fim da vida [...]. Outros sobreviventes foram transferidos para residências terapêuticas em busca de dignidade humana e para reaprender a tomar posse de si mesmos. O certo é que os que não morreram de fato, morreram em essência, em alma, como pessoa humana. [...]. Nesse quadro esquizofrênico tem-se: um Estado apático, omissivo, permissivo, perverso, autorizador e coautor dessa eterna história manchada de muito sangue e horror. A sociedade, por sua vez, em alguns poucos momentos sensibiliza-se com outras tragédias da história mundial, mas desconhece o que ocorreu no seu quintal, às suas vistas. [...] quando sabem da sua história, usam o seu confortável tapa-olho fingindo não fazer parte disso ou pior, seus silêncios aplaudem e validam a eliminação dos indesejáveis sociais (até hoje), afinal, louco bom é louco morto, né?! [...] (BRANCO, 2015, s/p.).

A partir da reportagem publicada por Branco (2015), pode-se perceber que as práticas assistenciais desenvolvidas ao longo do tempo nunca respeitaram o que o demandante do atendimento necessitava, ou seja, os sujeitos que iam para os hospitais psiquiátricos nem sempre possuíam diagnóstico de doença mental, às vezes, eram encaminhados para esses locais por simplesmente não concordarem com a maioria ou a ideologia vigente. A equipe técnica composta por vários técnicos não tinha autonomia para iniciar determinado procedimento ou atendimento, somente o médico obtinha o saber sobre o sujeito e seu tratamento.

A Reforma Psiquiátrica e as lutas pelo campo da saúde mental, almejavam fervorosamente a mudança no poder absoluto concentrado nas mãos do psiquiatra (médico), por isso Pitta (2011) argumenta em seu texto que o movimento alavancado pela Reforma Psiquiátrica buscou ir contra o estigma que o “louco” carrega e que o mesmo pode se apresentar de forma sutil ou explícita. Esse estigma aparece principalmente na não escuta e na falta de credibilidade que se dá a palavra do “louco”. Sendo assim, a falta do ouvir o que o outro deseja, acarreta em práticas assistenciais autoritárias, sem contextualização, desconsiderando-se o olhar de como o “louco” se enxerga, ou seja, ignora-se totalmente a subjetividade do sujeito, fazendo com que todas as demandas colocadas ao campo da saúde mental sejam deixadas de lado ou estejam colocadas em análise em última instância.

Quando se fala que a subjetividade do sujeito em sofrimento é deixada de lado, isto significa que ela não é considerada para o tratamento e muito menos respeitada, até mesmo os técnicos profissionais, eram esvaziados como sujeitos de vontades e saber profissional, levando o mesmo a não compreensão da realidade dos internados, mas principalmente os assistentes sociais que passaram pelo processo de reconceituação. Esse processo reproduziu dentro da profissão um esquecimento da temática da subjetividade, principalmente quando se fala em emoção, personalidade, essa temática acabou sendo ligada somente ao indivíduo, trazendo implicações para a formação, saber e prática dos profissionais.

Todo esse processo que só empobreceu a temática da subjetividade fomentou a tolerância ao sofrimento do outro, seja esse sofrimento entre os técnicos da instituição ou entre os técnicos e os sujeitos em sofrimento psíquico. Sendo assim, o sentimento que os assistentes sociais tendem a ter é de despreparo profissional para atuar, principalmente em sentido teórico no campo da saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo discutir a medicalização da vida social através do campo da saúde mental, realizando-se a pesquisa com base em bibliografias referentes à temática da saúde mental. Teve como objetivo também identificar e analisar artigos e livros que falam sobre este tema, e por último apresentar reflexões e conhecimento sobre a saúde mental e como são vistas as questões subjetivas, olhando para os discursos e também para as respostas dadas a problemática colocada.

Durante este percurso conseguimos identificar a existência da dificuldade em se conceituar saúde mental, posteriormente observamos as suas implicações nas relações sociais que o sujeito acometido pelo sofrimento psíquico enfrenta diariamente. Por não existir um conceito definido de saúde mental, recorrentemente cai-se na armadilha de conceituar saúde com base na doença e não numa visão completa do ser, por isso a necessidade da interação entre as diversas áreas profissionais que contribuam para a construção do conceito de saúde mental para além da doença, a não definição do conceito influencia o imaginário social para a discriminação dos “loucos” e também dos profissionais que com eles trabalham.

Sem entrar no mérito de qual medida seria melhor ou pior, em relação ao tratamento de saúde oferecido a população de um determinado país, podemos considerar que não há uma sociedade mais desenvolvida do que a outra em questão de atenção a saúde e doença, o que há são maneiras diferentes de oferta de assistência a saúde da população, mas certo é que nenhuma sociedade fica sem resposta a saúde e/ou doença, pois cada uma dá suas próprias respostas de acordo com aquilo que acredita. Muitas vezes aquilo que um sujeito isolado sente, vem a refletir o que se passa no grupo inteiro, torna-se então, um aspecto a ser considerado por aqueles que lidarão com essas demandas diariamente.

A partir da análise das bibliografias aqui apresentadas, percebe-se que o discurso dado as questões de saúde/doença que possuiu e ainda hoje tem legitimidade é o discurso médico, então, todas as outras interpretações dadas por profissionais incluindo o Assistente Social e inclusive médicos com posturas mais liberais, acabam sendo marginalizados ou tornando-se “alternativas” para aqueles casos que não deram certo na visão do saber médico.

O que já se sabe de concreto é que a saúde e a doença são fenômenos sociais, pois sofrem influências das ações realizadas em e/ou na sociedade, as mesmas geram um conjunto de

consequências, sejam positivas ou negativas. Quando o acometimento de uma doença afeta as relações sociais do sujeito, torna-se um fenômeno social, por ser assim, necessita de uma gama de profissionais que possam dar conta das demandas (sociais, econômicas, psicológicas, médicas ligadas a doença) que os envolvem.

A partir do momento que se percebe que as relações sociais, não só mais as questões ligadas a doença, influenciam positivamente ou negativamente na saúde mental dos sujeitos, a seguinte questão pode vir a brotar em nossas mentes, será que existe em algum lugar do mundo um sujeito em “estado de completo bem-estar?”. É de suma importância lembrar que, qualquer pessoa está sujeita a apresentar sinais de sofrimento mental em alguma fase da vida, no entanto, ela pode não possuir um diagnóstico de doença mental. Até mesmo o acesso e os cuidados médicos recebem um corte de classe, isto é, existem doenças que afetam os pobres e outras os ricos, mas incrivelmente o nome da mesma doença muda de uma classe para a outra.

Nesta nossa sociedade contemporânea, onde a produção, a desapropriação, a oferta, o consumo, o conhecimento, tudo acontece de forma acelerada, onde as pessoas não conseguem acompanhar o ritmo, principalmente de trabalho, então, os que não se encaixam nessa sociedade do “descarte” são marginalizados, taxados como “loucos, anormais”, que nada mais é do que aquele que não consegue se adaptar as normas estabelecidas ou ditadas como “normais, corretas”. Esse não reconhecimento do sujeito como participante de tal processo, o faz entrar em choque e conseqüentemente sua saúde mental pode vir a ser abalada, criando sujeitos ansiosos, descontentes, no entanto, o mais importante é buscar entender o meio social, as relações e/ou condições de trabalho e as relações sociais que perpassam as vidas dos sujeitos, pois a nossa realidade é extremamente mutável.

Uma questão bem importante na conjuntura atual do país é a relação do trabalho com a saúde mental, o que se sabe, quer uns aceitem ou não, é que um ambiente desfavorável a um bom desenvolvimento do trabalhador, com condições de trabalho, de crescimento profissional, boa relação entre a equipe e boa remuneração favorecem uma mente saudável, pois uma atividade laborativa sem significação para o trabalhador pode gerar, descontentamento, insatisfação, angústia, que conseqüentemente atingirá a saúde mental desse sujeito. O que se quer mostrar é que, não basta olhar para a saúde mental quando ela já foi afetada, mas sim promover a saúde nos espaços que a produzem.

Nessa sociedade em constante movimento, a transformação de uma pessoa em “anormal” ou “diagnosticada” com problemas mentais é feita pela psiquiatria, que se apropria dessa característica

e define os critérios do que é e o que deixa de ser um comportamento “desviante”. Deste modo, até campos localizados fora do campo médico são tidos como alvos de intervenção psiquiátrica, caracterizando o processo de medicalização da vida social. Não podemos esquecer que as questões de saúde e doença sofrem determinações sociais, sendo assim, necessitam da intervenção das várias áreas profissionais, principalmente a dos assistentes sociais que são formados para compreender o que está por detrás das questões aparentes, neste caso olhar não somente para a doença mental, mas para tudo aquilo que contribuiu para que a mesma desencadeasse.

Esses processos de medicalização aumentam o campo de atuação do médico, esse aumento se dá porque o papel regulador do Estado não funciona, esse poder é passado para os médicos que muitas vezes, ou seja, aqueles que não trabalham na perspectiva do social, tendem a desqualificar o sofrimento do homem, pois tudo pode passar a ser doença mental. A partir daí, introduz-se o uso desenfreado dos fármacos, onde o estar ou não feliz é usado como argumento para a utilização de medicamentos.

O que os profissionais hoje tem feito é agir em comportamentos considerados anormais em nome de algo que possa vir a acontecer no futuro, ou seja, vamos “tratar” esse sujeito “anormal” para que ele futuramente não cause perturbação à ordem social. Por isso, muitas vezes fatores como desempenho escolar, testes de inteligência, diagnósticos psicopatológicos e outros, são usados como testes avaliativos modernos incorporados pelo saber médico e repassados para a equipe de trabalho que conta com o Assistente Social.

Para que o assistente social não caia na armadilha do campo médico e venha “receitar” o uso de medicamentos, entendendo que há sim situações em que são necessários o uso de medicamentos, esses para que iniba a criatividade dos sujeitos, o profissional necessitará ter uma consciência crítica para tal. Essa consciência crítica dará base para que o profissional encare a saúde das pessoas como um assunto ligado a elas, desta maneira, deve estar alheia a qualquer desejo de padronização.

Num país onde o “mal-estar” de abrigar muitos “anormais” crescia, pensou-se numa forma de abrigá-los bem longe da sociedade dos “normais”, criando assim os manicômios, porém tivemos várias tentativas de reforma desses espaços, mas que não chegaram a atingir o cerne da questão problema, a exclusão dos “loucos”. Por isso várias lutas emblemáticas acontecerem para que esse padrão pudesse ser modificado, uma delas foi a Reforma Psiquiátrica no país, que gritava por mais humanização nas relações, no acolhimento, menos concentração de poder nas mãos do médico (psiquiatra) e mais interdisciplinaridade nos espaços de atuação.

Deste modo, com o protagonismo da Reforma Psiquiátrica e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, essa intenção primária de melhorar o espaço físico dos manicômios deu lugar a luta pela inserção de outros profissionais nesses espaços, como o Assistente Social.

A “indústria” da loucura tornou-se um negócio rentável, o sofrimento humano foi esquecido, a subjetividade dos sujeitos em sofrimento psíquico diluída, até mesmo a subjetividade da equipe de trabalho não é considerada. Cabe ao assistente social olhar para as determinações concretas da vida, que por muitas vezes levam as pessoas ao sofrimento mental.

Ainda hoje encontramos atitudes higiênicas, ou seja, que tem o objetivo de limpar, sanear algo, uma cidade, um território, no sentido de “esconder” os sujeitos que não produzem para o capitalismo ou que não se encaixam nos padrões estabelecidos pela sociedade. O papel do serviço social diante disso é trazer a tona e/ou tornar visível os sujeitos invisibilizados pela ordem vigente, mostrando que o preconceito não resolve a problemática do tratamento direcionado aos mesmos e que na verdade, o que constitui um estado de bem-estar não é a ausência de doença, mas sim algo a se buscar, como melhores condições de moradia, trabalho, lazer, renda, alimentação e outras.

Podemos notar que a partir do processo de reconceituação da profissão, que exigiu uma maior politização, organização e reestruturação das bases teóricas da profissão, dentro desse processo algumas temáticas foram recalcadas, entre elas a subjetividade. Vasconcelos (2000) aponta dizendo que a temática da subjetividade sofreu um processo de empobrecimento, sendo associada ao campo do individual, em detrimento do campo coletivo, institucional, aos processos culturais, políticos e de gênero. Esse empobrecimento teórico trouxe consequências para o Serviço Social contemporâneo, no campo da formação acadêmica, da cultura e prática profissional.

Vasconcelos (2000) coloca ainda algumas implicações ao campo da subjetividade, ao qual também acreditamos ser verdadeiro e importante apresentar sua sistematização de uma forma mais resumida: a) o Serviço Social sempre esteve ligado a religião, isto é, ainda hoje vemos uma grande porcentagem de estudantes ingressando por motivos religiosos, no entanto, o currículo do curso não oferece ferramentas psicossociais e teórica para essa compreensão. O que se percebe é que muitas vezes este motivo de ingresso, pode levar o profissional a criar uma cultura da ajuda e não do direito; b) apesar de percebermos inicialmente no curso de Serviço Social, negligencia-se o fato de que a identidade de gênero da profissão é majoritariamente feminina, ou seja, tem-se a ligação de que a mulher é uma peça frágil do trabalho, por isso, sabe lidar com as emoções, se colocar no lugar do outro.

Essas duas problemáticas colocadas ao profissional de serviço social referentes ao campo da subjetividade, são questões que precisam ser debatidas, pois influenciam a visão da profissão na sociedade e consequentemente na prática cotidiana.

É interessante observar que profissionais de Serviço Social que atuam com vítimas de violência, presidiários, pessoas com transtorno mental acabam se sentindo despreparados diariamente para a atuação, em dois sentidos, na abordagem teórico-prática e na sua própria subjetividade, por serem assuntos que mexem com o inconsciente e as emoções desses profissionais. Isso tudo pode ter contribuído para a tolerância ao sofrimento do outro na sociedade em geral e até no meio dos próprios trabalhadores.

Portanto, as consequências desse recalçamento da temática da subjetividade pode ser visto refletido nos profissionais que atuam no campo da saúde mental, no sentido da dificuldade de encontrar referências teóricas, metodologias e instrumentos de trabalho para a sua atuação, inclusive muitas vezes, as práticas profissionais se dão de forma superficial, baseadas no bom senso ou vontade do próprio profissional, implicando na qualidade e eficiência dos serviços oferecidos a população em sofrimento psíquico e também na baixa credibilidade dada pelos usuários, instituições empregadoras e profissionais da própria equipe.

Esses desafios psicológicos colocados aos profissionais que convivem com o sentimento de despreparação, falta de conhecimento, onde muitos buscam em outras áreas se especializar, acaba gerando o conhecido “stress”, que aponta para um “endurecimento e embotamento da afetividade, da criatividade e sensibilidade etc., ou mesmo resistência em ocupar postos de trabalho onde estes componentes estejam envolvidos” (VASCONCELOS, 2000, p. 209).

A visão higiênica perdura até hoje no cotidiano real, através do olhar que diz que a medicina é o único meio capaz de desvendar a doença e dar respostas a mesma, ou seja, pode-se dizer que é considerada o único meio de salvação da classe trabalhadora e dos mais pobres.

O que podemos mostrar é que há sim pessoas diagnosticadas com doença mental e que precisam de um tratamento mais intensivo e até mesmo o uso de remédios. No entanto, a grande maioria da população tem a associação da loucura com problemas sociais diversos, ou seja, a questão da saúde mental agravam as questões sociais e os problemas sociais agravam a saúde mental. Por isso a necessidade da interdisciplinaridade, entre os médicos, assistentes sociais e outros profissionais que avaliarão as condições de interrupção do tratamento, orienta e prepara as famílias na compreensão dessas problemáticas.

No movimento de Reforma Psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO, 2009, p. 61).

A responsabilidade recai sobre o serviço social, no sentido de buscar estratégias para que a visão sobre o “louco” e a doença sejam modificados, mostrando que os mesmos possuem direitos, identidade, vontades e que os processos de adoecimento psíquico são construídos socialmente, ou seja, só assim eles podem ser tratados. Apesar dos diversos esforços na contramão da sociedade, há ainda uma grande parcela de profissionais que contribuem para a “mercantilização da loucura”. Com base no compromisso assumido pelos assistentes sociais através do Código de Ética da profissão vinculado a um projeto de sociedade democrática, compromissado com os interesses da população trabalhadora, o assumir diante da população em sofrimento psíquico deve estar de acordo com os princípios deste documento.

O Código de Ética do assistente social (2012) vem reconhecer a liberdade, a autonomia e emancipação dos indivíduos, sem dominação e defender a democracia, os direitos humanos, recusar o autoritarismo e o arbítrio, buscar a garantia dos direitos sociais, políticos, econômicos e de fornecer informações referentes aos serviços, atendimentos, pareceres e laudos, se posicionar a favor da equidade e justiça social, na garantia do acesso a bens e serviços públicos visando à universalização, fomentando mecanismos de participação aos usuários nas decisões institucionais. Uma das questões que mais atingem as pessoas em sofrimento psíquico é o preconceito, com base nisso os assistentes sociais devem incentivar o respeito à diversidade e a discussão das diferenças, sem discriminar, aprimorar os conhecimentos da respectiva área de trabalho, aqui no caso em saúde mental.

No cotidiano qualquer mal-estar está sujeito a sofrer o ataque da medicação, caracterizando a medicalização da vida social. Todavia, o cuidado que devemos tomar como profissionais, é de abrir o olhar para não rotular qualquer sofrimento psíquico como patologia e candidato a administração de medicamentos.

Desta maneira, esta pesquisa torna-se desafiante, no sentido de resgatar os períodos históricos, pode-se dizer de uma única forma de “política” direcionada as pessoas com sofrimento psíquico, trazendo contribuições para a reflexão do Serviço Social enquanto operador de programas/projetos e políticas sociais direcionadas a esses sujeitos.

Por isso, esta pesquisa traz à tona a reflexão sobre os processos que influenciaram este empobrecimento e que o Serviço Social pode contribuir neste campo. No entanto, esta pesquisa não se encerra por aqui, pois existe uma gama de elementos ainda necessários para serem elencados, debatidos e com possibilidades de superação da medicalização da vida social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Loucos pela vida. **A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. Revisitando os paradigmas do Saber Psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica, p. 21-50.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Saúde Mental, Territórios e Fronteiras, p. 15-20.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, p. 51-85.

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 1: Editora Apr. 2010. Disponível em: <"<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a09.pdf>">

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**.- 2. ed- São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRANCO, Thayara Castelo. **O Holocausto manicomial: trechos da história do maior hospício do Brasil!**. Portal Justificando. Disponível em: <"<http://justificando.com/2015/03/05/o-holocausto-manicomial-trechos-da-historia-do-maior-hospicio-do-brasil/>"> Acesso em: 16/04/15.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114. (Org) Elizabeth Costa Dias. Brasília, 2001. Disponível em: <"http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/16_Doencas_Trabalho.pdf"> Acesso em: 04/05/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pense: a reflexão fortalece essa conquista + SUS**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>> Acesso em: 29/05/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 29/05/15.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas
 “Atualizado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>
 Acesso em: 15/06/15.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro, 1976. O Programa da Liga Brasileira de Higiene Mental, p. 41-65.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. -5º ed. ampliada tradução Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Editora CORTEZ- Oboré, 1992.

GONÇALVES, Lúcia Maria S. Rodrigues. **Saúde mental e trabalho social**. - São Paulo: Editora Cortez, 1983.

LIMA, Maria Elisabeth Antunes; JÚNIOR, Manoel Deusdedit. A Relação entre Transtorno Mental e Trabalho- Um Diagnóstico no Setor Siderúrgico. **Artigo publicado na coletânea "Temas de Psicologia e Administração"**. Goulart, I.B. Ed. Casa do Psicólogo. 2006. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/diversos/pot_rh/saude-do-trabalhador-no-ambito-da-saude-publica-referencias-para-atuacao-do-psicologo/Rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20transtorno%20mental%20e%20trabalho.pdf> Acesso em: 02/05/15.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite. et al. **A Historicidade filosófica do Conceito Saúde.** Abennacional. Vol 3, p. 17-35.> Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>> Acesso em: 18/05/15.

MITJAVILA, M.R.; MATHES, P.G. A psiquiatria e a medicalização dos anormais: o papel da noção de transtorno de personalidade antissocial. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.9, n.2, p.84-100, Jul./Dez. 2012. Disponível em: <"<http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p84>>

MOREIRA, Diva. **Psiquiatria: controle e repressão social.** Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 1983.

MORESI, Eduardo (Org). Universidade Católica de Brasília. PRPG. **Metodologia da Pesquisa.** Brasília-DF. 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>> Acesso em: 06/07/2015.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de (Org). **Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção á saúde mental.** - Florianópolis: Editora ABRASME/UFSC, 2009. 65 p.

PICCINI, Walmor J. **Museu da Psiquiatria Brasileira.** Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: <<http://www.museudapsiquiatria.org.br/biografia/exibir/?id=4>> Acesso em: 12/05/15.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4579-4589,2011. Disponível em: <"<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>>

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980, p. 47-75.

SANT'ANA, Thaís. **O que foi a geração beat?**. Mundo Estranho. Editora Abril, 2015. Disponível em: <<http://mundoestranho.abril.com.br/materia/o-que-foi-a-geracao-beat>> Acesso em: 18/05/15.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ. **SPP/DVSAM - Saúde Mental Definição de Saúde Mental**. Curitiba-PR, 2015. Disponível em: <"<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>> Acesso em: 20/03/15.

SOUZA, Vanessa Alexandre de. **Organização do Trabalho e Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt6/organizacao.pdf>> Acesso em: 02/05/15.

SZASZ, Thomas. **Cruel Compaixão**. Parte II. A Origem da Psiquiatria p.161-187. Campinas: Editora Papirus: 1994.

VARELLA, Dráuzio. **Clínica Geral**. 05 abril. 2011. Disponível em: <"<http://drauziovarella.com.br/letras/g/gota/>> Acesso em: 20/03/15.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. IN: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **Saúde Mental e Serviço Social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Editora Cortez, 2000, p.35-67.

VASCONCELOS, E.M. Da Hiperpsicologização Normatizadora ao Recalcamento da Subjetividade: notas históricas sobre Serviço Social, subjetividade e saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. IN: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **Saúde Mental e Serviço Social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Editora Cortez, 2000, p.181-214.

XIMENES, Sérgio. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2ª ed. reform.- São Paulo: Editora Ediouro, 2000. 980. p.